

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1921-1922.

2^e Série.

N^o 174.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES OVARIQUES

dans leurs rapports avec la Puerpéralité

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 28 Janvier 1922

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy

MENTION « MÉDECINE »

PAR

M^{lle} **TRANDAPHILOVITCH (Bissenia)**

Née le 7 Décembre 1892, à Belgrade (Serbie)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. FRUHINSHOLZ, professeur...	Président.
		FROELICH, professeur.....	Juges.
		FAIRISE, agrégé.....	
		JOB, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES OVARIQUES

dans leurs rapports avec la Puerpéralité

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 28 Janvier 1922

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy

MENTION « MÉDECINE »

PAR

M^{lle} **TRANDAPHILOVITCH (Bissenia)**

Née le 7 Décembre 1892, à Belgrade (Serbie)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. FRUHINSHOLZ, professeur...	<i>Président.</i>
		FROELICH, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		FAIRISE, agrégé.....	
		JOB, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCEIENNE, 13, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1922

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O $\star$, I $\odot$.

Assesseur : M. WEISS, O $\star$, I $\odot$.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O $\star$, I $\odot$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\odot$; PRÉNANT, $\star$, I $\odot$; F. GROSS, O $\star$, I $\odot$;
CHRÉTIEN, I $\odot$; HERRGOTT, O $\star$, I $\odot$.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale.....	WEISS, O $\star$, I $\odot$.
Chimie médicale et toxicologie.....	GARNIER, I $\odot$.
Hygiène.....	MACÉ, $\star$, I $\odot$.
Physiologie.....	E. MEYER, O $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale.....	SIMON, $\star$, I $\odot$.
Histoire naturelle médicale.....	VUILLEMIN, I $\odot$.
Médecine légale.....	P. PARISOT, O $\star$, I $\odot$.
Clinique des maladies des enfants.....	HAUSHALTER, $\star$, I $\odot$.
Anatomie pathologique.....	HOCHE, $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale.....	ETIENNE, $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale.....	VAUTRIN, $\star$, I $\odot$.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	L. SPILLMANN, $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	FRÖELICH, $\star$, I $\odot$.
Physique médicale.....	LAMBERT, I $\odot$.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	FRUBINSHOLZ, $\star$, I $\odot$.
Histologie.....	COLLIN, $\star$, I $\odot$.
Anatomie descriptive.....	LUCIEN, $\star$, I $\odot$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	JACQUES, $\star$, I $\odot$.
Clinique des voies urinaires.....	ANDRÉ, $\star$, I $\odot$.
Médecine opératoire.....	MICHEL, $\star$, I $\odot$.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	MICHEL, $\star$, I $\odot$.
Clinique des maladies mentales.....	PARIS, $\star$, I $\odot$.
Clinique des maladies des vieillards.....	RICHON, $\star$, I $\odot$, agrégé libre.
Pathologie interne.....	RICHON, $\star$, I $\odot$, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique).....	S. RÉMY, I $\odot$, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	PERRIN, I $\odot$, agrégé.
Thérapeutique.....	PERRIN, I $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	J. PARISOT, O $\star$, I $\odot$, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale.....	J. PARISOT, O $\star$, I $\odot$, agrégé.
Pathologie externe.....	BINET, I $\odot$, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1).....	CAUSSADE, A $\odot$, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	JEANDELIZE, agrégé.
Clinique d'électrothérapie.....	N.

Agrégés en exercice

MM. ROBERT, I $\odot$.	MM. J. PARISOT, O $\star$, I $\odot$	MM. JOB, $\star$, A $\odot$.
BINET, I $\odot$.	FAIRISE, A $\odot$.	JEANDELIZE
PERRIN, I $\odot$.	CAUSSADE, A $\odot$.	P. MATHIEU, A $\odot$.
THIRY, $\star$, I $\odot$.	BARTHÉLEMY, $\star$, A $\odot$.	

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O $\star$, I $\odot$; G. GROSS, $\star$, I $\odot$; RICHON, $\star$, I $\odot$;
S. RÉMY, I $\odot$; BUSQUET, I $\odot$.

M. H. COIFFARD, I $\odot$, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, $\star$, $\odot$, I $\odot$, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Expression de reconnaissance et de respectueux
dévouement.

A MA SŒUR ET MON FRÈRE

Témoignage sincère d'affection.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FRUHINSHOLZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

Arrivée au terme de nos études, nous sommes heureuse de l'occasion qui nous est offerte pour exprimer, en tête de notre thèse, les sentiments de profonde gratitude que nous ont laissés nos années d'études, à l'égard de tous nos maîtres de la Faculté.

Nos remerciements vont tout particulièrement à M. le professeur Fruhinholz qui, après nous avoir inspiré le sujet de ce modeste travail, et nous avoir guidé de ses conseils au cours de son exécution, a bien voulu être notre président de thèse. Retournée dans notre lointaine patrie, nous nous souviendrons avec plaisir de l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui, de son enseignement si clair et si complet, et ses cliniques magistrales, si vivantes, seront toujours présentes à notre esprit. Qu'il daigne bien vouloir accepter le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions également MM. les professeurs Frœlich, Fairise et Job, qui ont bien voulu accepter de juger notre thèse.

Nous emportons les meilleurs souvenirs de MM. les professeurs Haushalter, Etienne, Vautrin, Weiss, Jacques et Spilmann, dont les cliniques magistrales ont contribué à notre formation médicale.

En terminant ces quelques lignes, nous serions injuste, si nous oublions nos camarades d'étude dont les services, et particulièrement ceux de M. Pierre Laflotte, interne des hôpitaux, nous ont été si précieux au cours de nos études.

INTRODUCTION

Durant notre stage à la Maternité de Nancy, il nous a été donné d'observer deux cas de kyste de l'ovaire compliquant la grossesse. C'est à propos de ces deux cas que nous avons choisi ce sujet pour notre thèse inaugurale, sujet qui nous a été inspiré par M. le professeur Fruhinsholz. Notre but ne sera pas de donner une nouvelle description de cette complication qui se rencontre relativement peu souvent, car elle nous a été donnée aussi complète que possible par de nombreux gynécologues et accoucheurs.

La question du traitement a été depuis bien longtemps sujette à de nombreuses discussions, et comme c'est un point d'importance capitale, il nous a paru intéressant d'examiner, dans ce modeste travail, l'utilité de traitement d'un kyste de l'ovaire compliquant la grossesse, en étudiant également les moyens thérapeutiques qu'on peut employer au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement, ainsi que pendant la période du post-partum.

Nous ajoutons quelques observations (1) réunies à la Clinique obstétricale de Nancy, ainsi que celles que M. le professeur Fruhinsholz a bien voulu nous communiquer et dont nous tenons à le remercier ici.

(1) Toutes les observations que nous ajoutons sont inédites.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique

Il nous faut remonter au commencement du XIX^e siècle pour rencontrer les premières observations concernant la coexistence de la grossesse et de kyste de l'ovaire. Depuis, de nombreux travaux ont paru à ce sujet, et nous devons surtout citer ceux de Hirsch, Barnes, Sp. Wells, Péan et d'autres. Au début, on voit que la plupart des auteurs ne s'occupent que de la question du siège de la tumeur et de la dystocie qu'elle peut créer au moment de l'accouchement.

C'est seulement depuis les travaux de Barnes que nous voyons s'occuper avec plus d'intérêt de l'étude du traitement. Barnes soutenait et défendait l'opinion de l'interruption de la grossesse et disait : « Il vaut mieux mettre d'abord un terme à la grossesse, puis se laisser guider par les indications pour traiter la maladie ou tumeur ». La plupart des auteurs de cette époque, comme Aschwell, Treille, Pastowsky, etc., approuvent sa manière de voir.

En 1865, Spencer Wells pratiqua une ovariectomie avec succès et pour la mère et pour l'enfant. C'est lui qui souleva la question de l'ovariectomie, qui n'a été reçue à ce moment qu'avec beaucoup de réserve. Pendant qu'elle était pratiquée couramment par les médecins anglais, en Allemagne

et en France les médecins se montrèrent plutôt abstentionnistes. Péan qui, au début, était également adversaire de l'ovariotomie, devint moins timide et commença à la pratiquer; il n'intervenait que dans les cas où il y avait des accidents. Dès lors plusieurs chirurgiens l'emploient et, en 1883, dans sa thèse, Cayla nous donne les conclusions suivantes: 1^o l'ovariotomie peut être pratiquée pendant la grossesse sans que celle-ci soit interrompue; 2^o elle sera proposée toutes les fois qu'il s'agira d'un kyste à développement rapide, d'un kyste multiloculaire, d'un kyste contenant des matières colloïdes ou d'un kyste dermoïde, alors que la grossesse ou l'accouchement semblent devoir être entravés par sa présence.

Les nombreuses observations que l'on rapporte à ce moment plaident grandement en faveur de l'ovariotomie, qui commence à se généraliser peu à peu. Remy, en 1886, met au point la question et se montre partisan de l'ovariotomie.

Il restait à résoudre la question de l'indication de l'intervention. Elle était alors le sujet de grandes discussions. Cependant, depuis que le professeur Pinard déclara que: « tout kyste ovarique diagnostiqué pendant la grossesse devait être opéré », la question se simplifia.

Au cours du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et pœdiatrie, en 1913, Puech et Vanverts s'occupent de la question du kyste de l'ovaire compliquant la grossesse et la rendent aussi complète que précise.

Le rôle que joue la grossesse sur le kyste de l'ovaire a été mis en évidence au cours des différentes communications des Sociétés savantes faites par MM. Pinard, Segond, Pozzi, Lepage, Condamin, etc.

CHAPITRE II

Influence de la grossesse sur les kystes

Le kyste de l'ovaire associé à la grossesse se voit encore assez rarement. C'est ainsi que Flaischlen a trouvé, sur 17.832 accouchements seulement, 5 cas de kyste de l'ovaire et, à la clinique Tarnier, on en a vu un seul sur 1.738 grossesses. Tandis que nous trouvons 7 cas de kystes sur environ 10.360 accouchements, soit 1 sur 1.500, Treuh, se basant sur les différentes statistiques qu'il a pu recueillir, nous donne comme chiffre moyen de fréquence une tumeur sur 2.500 gestations.

Au cours de la gestation, le kyste peut ne subir aucune modification et rester tel qu'il était en dehors de la grossesse. De nombreux auteurs, comme Schroeder, Olshausen, Remy et d'autres pensent que le kyste augmente de volume pendant la grossesse et que la grossesse « donne un coup de fouet aux tumeurs » (Puech et Vanverts). A cette opinion, Péan s'oppose et croit plutôt que l'utérus, par suite de son développement, comprime le kyste et l'empêche d'évoluer. Plusieurs observations, apportées à ce sujet par différents auteurs, ont pu mettre facilement en évidence que la tumeur subissait réellement un accroissement, et aujourd'hui la plupart des accoucheurs admettent que l'évolution du kyste est plutôt favorisée par la grossesse. Citons notre observation VIII, où la femme s'est aperçue que son ventre a augmenté considérablement de

volume depuis deux mois, et chez laquelle on trouve une gestation d'environ deux mois. Or, nous pensons qu'en effet la grossesse est un facteur qui agit sur accroissement du kyste.

Les symptômes d'accroissement du kyste sont surtout marqués dans la deuxième moitié de gestation; car, en effet à ce moment il y a deux tumeurs; d'une part le kyste et d'autre part l'utérus gravide. Ces symptômes d'accroissements se traduisent généralement par les phénomènes de compression, et l'on observe tantôt de l'œdème des membres inférieurs, tant de la dyspnée due au refoulement du diaphragme. On peut voir également se produire quelques troubles urinaires par compression de la vessie, ainsi que des troubles du côté de l'intestin. Ces signes seront plus ou moins prononcés suivant le volume du kyste et sa situation.

En dehors de la grossesse elle-même, le kyste de l'ovaire est exposé à des complications qui deviennent, au cours de la gestation, beaucoup plus nombreuses qu'en dehors d'elle. Dans notre observation XIV, nous voyons onze fois l'accident se produire, dont trois fois adhérence, sept fois torsion, une fois hémorragie intra-abdominale et une fois phénomène de compression.

Les accidents que l'on rencontre avec le plus de fréquence sont :

La torsion du pédicule. — Elle se rencontre au cours de la gestation dans 17 % de cas, tandis qu'en dehors d'elle, dans 5 à 11 % (Puech et Vanverts), nous trouvons des chiffres bien plus élevés, car, sur nos quatorze observations la torsion s'est produite sept fois, soit 47 %.

D'après Pinard, la torsion se voit surtout entre les deuxième et quatrième mois. Pour que la torsion puisse se faire, il faut que deux conditions principales soient réalisées : d'une part, de la mobilité du kyste et, d'autre part, son volume. C'est un accident grave aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Le mécanisme de cette torsion, ainsi que les différents symptômes auxquels elle donne naissance, seront étudiés plus loin, dans le chapitre des complications des kystes de l'ovaire.

L'hémorragie intrakystique peut se voir sans aucune cause préalable, mais le plus souvent elle survient à la suite de la torsion, où après une ponction ou un traumatisme. Dans notre observation IX, elle se produit après une torsion.

La suppuration se rencontre très rarement ; sur 14 cas de kystes que nous avons recueillis, nous ne la trouvons pas une seule fois. Elle est ordinairement secondaire à une autre infection ou survient encore après une ponction plus ou moins faite aseptiquement.

Parmi les autres accidents du côté du kyste, on peut voir des *adhérences* se produire avec différents organes de l'abdomen.

Enfin nous pouvons citer la rupture du kyste. C'est un accident qui s'observe surtout au début de la grossesse.

Tous ces accidents au cours de la grossesse peuvent déterminer une interruption de la grossesse.

CHAPITRE III

Influence des kystes sur grossesses

Les femmes porteuses de kyste de l'ovaire ont beaucoup moins de facultés de devenir fécondes; car, ordinairement, lorsqu'un des ovaires est touché, l'autre subit également la dégénérescence kystique, et très souvent on rencontre le kyste ovarique bilatéral, comme nous le voyons dans notre observation VIII. Mais tant qu'il reste une partie de l'ovaire sain, la fécondation peut se faire. La stérilité est donc assez fréquente et, d'après Martin, elle s'observe dans 34 %, tandis que, d'après Olshausen, dans 46 % seulement. Certainement la possibilité de la fécondation est diminuée, mais elle n'est pas empêchée, et c'est ce qui nous permet de rencontrer des grossesses compliquées de kystes ovariques.

L'influence qu'un kyste peut produire doit être envisagée au cours de la grossesse, pendant le travail et dans le post-partum.

I. *Pendant la grossesse.* — Nombreuses sont les observations qui nous montrent qu'une grossesse compliquée de kyste de l'ovaire peut aller jusqu'au terme (Observations X, XI, XII, XIII et XIV) sans produire aucun trouble particulier. On peut dire même que l'interruption de la grossesse se voit rarement. Les troubles que le kyste peut déterminer au cours de la grossesse dépendent surtout

de son volume et de son siège. Plus le kyste est volumineux, plus les accidents de la grossesse sont fréquents. Pour qu'ils puissent se produire, il est nécessaire que le kyste prenne un énorme développement et exerce une telle compression que l'utérus ne puisse plus tolérer l'œuf, ou bien que le kyste occupe la plus grande partie de la cavité abdominale et gêne ainsi le développement de l'utérus. Mais aujourd'hui il est rare de rencontrer des kystes aussi volumineux, car généralement le kyste est diagnostiqué avant qu'il n'atteigne ces dimensions et est enlevé.

Selon le siège du kyste et l'âge de la gestation, l'utérus se déplacera et prendra différentes positions. Si le kyste se trouve en avant de l'utérus, celui-ci sera plus ou moins comprimé en arrière, et au fur et à mesure que cette compression s'exercera, l'utérus pourra aller d'une rétroflexion à peine marquée jusqu'à une rétroversion très prononcée, comme on le voit dans notre observation VIII. Plus fréquemment le kyste siège dans le cul-de-sac de Douglas, et dans ce cas l'utérus est projeté en avant contre le pubis. Les kystes inclus dans les ligaments larges se trouvent situés sur les côtés de l'utérus, et c'est le cas habituel pour les kystes paraovariques. Ainsi situés latéralement, l'on sent deux tumeurs l'une à côté de l'autre.

Quoique nous ayons dit que la grossesse aille le plus souvent à terme, il y a pas mal de cas où l'utérus, étant comprimé constamment, commence par se contracter et à entrer prématurément en travail, donnant lieu soit à un avortement, soit à un accouchement prématuré.

Or, la présence d'un kyste de l'ovaire pendant la gestation est toujours un danger permanent pour la mère et pour l'enfant.

II. — *Pendant le travail.* — Au cours du travail, la femme est exposée à de nouveaux dangers. Comme pendant la grossesse, deux facteurs interviennent pour produire ces complications : ce sont le volume du kyste et son siège.

Ordinairement, un kyste volumineux qui était bien toléré au cours de la grossesse restera, dans la plupart des cas, bien toléré au moment de l'accouchement. Il n'empêchera pas l'engagement du fœtus, si tout est normal par ailleurs et si la filière pelvienne reste libre. Ces kystes volumineux peuvent, jusqu'à un certain point, agir sur les contractions utérines; mais leur influence est minime, et souvent l'accouchement se fait par voie naturelle, sans produire aucun accident ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Les kystes volumineux peuvent être cause, jusqu'à un certain point, de la mauvaise présentation.

Remy et d'autres pensent que le kyste n'y est pour rien et que le pourcentage des différentes présentations reste égal à celui où il n'y a pas le kyste. Mais, se basant sur la statistique que Puech et Vanverts nous donnent, on peut se demander si, au contraire, le kyste n'entre pas pour une grande part comme cause de ces présentations anormales. Ils nous donnent les chiffres suivants : pour le sommet 93 %, au lieu de 95 ou 98 %; pour le siège 6 %, au lieu de 2 %, et pour l'épaule 3,5 %, au lieu d'un sur 125 accouchements. Dans nos quatorze observations, dont l'une s'agit d'une grossesse gemellaire, nous avons quatorze sommets et une présentation du siège. Cette présentation du siège se voit justement dans le cas de grossesse gemellaire (observation III), le premier enfant se présentant par le sommet.

Le siège du kyste joue un très grand rôle au moment du

travail. Les kystes abdominaux, qui étaient exposés à tant de complications au cours de la grossesse sont devenus, si on peut dire, inoffensifs pendant le travail.

Il n'en est pas de même des kystes pelviens, qui sont, en réalité, cause de toutes les difficultés que l'on peut rencontrer chez une femme dont la grossesse est arrivée à terme. Ces kystes pelviens se rencontrent heureusement assez rarement au cours du travail; mais, quand on les rencontre, ils créent une dystocie grave. L'accouchement spontané est presque impossible. Il peut être cependant réalisé quelques fois dans certains cas que l'on voit, il est vrai, bien rarement. Nous pouvons citer notre observation XIII, où l'accouchement est arrivé à se faire spontanément. Pour qu'il puisse se produire, il faut que le kyste soit libre, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas d'adhérence entre le kyste et l'utérus, ni surtout avec d'autres organes voisins. Alors seulement il peut être chassé de l'excavation par la succession des contractions utérines. Dans d'autres cas, on peut voir encore l'accouchement spontané se produire lorsque le kyste n'est pas très tendu et qu'il se laisse comprimer. Ce sont des conditions qui sont difficilement réalisées. Ce qu'on rencontre surtout, c'est la dystocie qui est insurmontable. Tout d'abord l'engagement du fœtus ne pourra pas se faire, car l'excavation, au lieu d'être libre et de permettre la descente du fœtus, se trouve occupée par la tumeur. Malgré les plus fortes contractions utérines, l'obstacle persiste, et le fœtus reste haut situé, l'accouchement ne pourra pas se faire et l'intervention sera nécessaire. Dans ces cas, on ne doit même pas attendre et espérer une terminaison heureuse. Car, si on attend longtemps, l'utérus luttant contre l'obstacle pendant des heures,

tiraille son segment inférieur et, comme celui-ci est très mince, il finira par céder, et la rupture utérine se produira. Du moment que le travail se trouve ainsi prolongé, l'enfant ne reste pas sans manifester de son côté la souffrance; cette souffrance pouvant même aller jusqu'à la mort de l'enfant.

La délivrance est rarement gênée et, en général, elle se fait spontanément par voie naturelle, dans les délais normaux.

Nous verrons plus loin quels sont les accidents qui peuvent survenir du côté du kyste au cours du travail. Nous nous occuperons également, dans un chapitre particulier, des moyens que nous avons à notre disposition pour enlever un tel obstacle comme est le kyste prævia.

III. *Pendant le post-partum.* — Une fois l'accouchement fait, le danger continue à persister, et durant le post-partum, le kyste peut encore donner lieu à de multiples accidents.

L'utérus ayant évacué son contenu, il s'ensuit obligatoirement une augmentation de capacité de la cavité abdominale. Le kyste ayant plus de place à sa disposition, et n'étant plus soutenu d'autre part par l'utérus gravide, acquiert ainsi une mobilité plus grande. C'est alors que l'on peut voir apparaître la torsion du pédicule avec tous les autres accidents que l'on observe en dehors de la grossesse.

Mais c'est surtout la suppuration qui se rencontre très fréquemment, et Puech et Vanverts l'ont vu se produire sur 129 cas pathologiques 53 fois, ce qui fait une moyenne

de 41 %. L'accouchement est sans doute un des facteurs qui donne lieu à la suppuration, car par la simple manœuvre de l'accouchement, le kyste est traumatisé et s'infecte plus facilement.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Voyons maintenant en quelques mots les signes qui peuvent nous être donnés par la présence d'un kyste chez une femme enceinte.

Tant que le kyste n'atteint pas une grande dimension, il est très bien supporté, ne donnant lieu à aucun trouble marqué. Souvent la femme ignore même qu'elle est porteuse d'un kyste. Mais plus tard la tumeur a évolué, elle peut se traduire par des symptômes plus ou moins prononcés, pour lesquels la femme consulte.

Quand il s'agit d'un kyste volumineux, ou qui du fait de la grossesse prend un rapide accroissement, la femme voit son ventre augmenter rapidement de volume, et ce peut être la raison qui l'amène chez un médecin.

La suppression des règles, qui est un bon signe de grossesse, est quelquefois très difficile à interpréter pour une gestation au début, car dans les cas de kystes bilatéraux, la menstruation est très souvent suspendue, et cette aménorrhée fait méconnaître la grossesse, la suppression des règles étant mise sur le compte de la dégénérescence kystique des ovaires.

Une fois que le kyste de l'ovaire devient volumineux,

il se produit des phénomènes de compression qui se traduisent par de l'incontinence d'urine, de la constipation, de l'œdème des membres inférieurs. Quelquefois, si la compression s'exerce sur l'estomac, il peut y avoir de l'anorexie, des vomissements, etc.

CHAPITRE V

Complications

Au cours de la gestation, un kyste de l'ovaire est exposé à de multiples accidents. Ces accidents sont les mêmes que ceux que l'on rencontre en dehors d'elle, avec cette seule différence qu'ils se voient plus fréquemment. Entre toutes les complications, c'est la *torsion du pédicule* que l'on observe le plus souvent. Les causes de cette torsion sont nombreuses. La grossesse entre en premier lieu. Pour que la torsion se produise, il est nécessaire que le kyste soit libre et se laisse déplacer par le développement progressif de l'utérus qui, n'ayant pas encore atteint son développement complet, lui laisse une place suffisante dans la cavité abdominale. Le kyste ainsi déplacé subit facilement la torsion. Elle se voit surtout au début de la gestation. Puech et Vanverts, sur 168 cas, l'ont vu se produire :

38 fois pendant les deux premiers mois :

43 fois pendant le troisième mois ;

48 fois pendant le quatrième mois ;

19 fois pendant le cinquième mois ;

7 fois pendant le sixième mois ;

7 fois pendant le septième mois ;

3 fois pendant le huitième mois.

3 fois pendant le neuvième mois.

Ces chiffres nous montrent que la torsion devient plus rare au fur et à mesure que la grossesse s'avance. Sur les sept torsions que nous avons, nous les voyons se produire :

- 3 fois pendant les deux premiers mois;
- 1 fois pendant le deuxième mois;
- 1 fois pendant le quatrième mois;
- 1 fois pendant le huitième mois;
- 1 fois au cours du post-partum.

Les causes qui favorisent la torsion sont la longueur du pédicule, le volume du kyste et son siège. Les kystes abdominaux se tordent plus facilement que les kystes pelviens, car ces derniers n'ont pas une mobilité aussi grande. Ils sont plus ou moins enclavés dans l'excavation.

Les symptômes varient suivant le degré de la torsion. Si elle se fait lentement, les accidents sont atténués, et l'état de la femme reste bon. Quelquefois même il arrive qu'elle passe inaperçue et qu'elle ne soit découverte qu'au moment de l'opération. Quand la torsion se fait brusquement, les symptômes sont très marqués, douleur violente, phénomènes péritonéaux intenses, etc.

Mais ce qui importe surtout, c'est le diagnostic de l'accident. Il est d'autant plus difficile qu'on n'a pas constaté la présence d'un kyste de l'ovaire. Dans le cas contraire, on pense facilement à la probabilité d'une torsion.

L'accident de la torsion du pédicule au cours de la gestation est très grave, car elle nécessite une intervention d'urgence, qui détermine le plus souvent l'interruption de la grossesse. La torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire peut entraîner d'autres complications comme :

L'hémorragie intrakystique.— Dans notre observation IX,

nous voyons un cas excessivement intéressant. Il s'agit d'une femme au septième mois et demi, qui est subitement prise d'une douleur abdominale violente. Elle a un facies bon, la température est peu élevée et un pouls à 120. Mais, en raison du ventre ballonné, des vomissements, de l'arrêt des matières et des gaz, on porte le diagnostic d'occlusion intestinale et on décide d'intervenir.

A la laparotomie, on trouve l'abdomen rempli de sang ; également on trouve un kyste de l'ovaire tordu sur son pédicule. Au niveau du pédicule, il y a des troubles circulatoires intenses. L'hémorragie est probablement due à la rupture de la séreuse au niveau du ligament utéro-ovarien.

L'hémorragie intra-abdominale est survenue après une torsion du pédicule du kyste de l'ovaire, c'est là le point intéressant de cette observation.

Il est surtout à remarquer que, quoique la femme ait perdu une quantité considérable de sang, son facies n'est pas anémié, ce qui égare le diagnostic avant l'intervention. Il est à noter aussi que, malgré que l'opération a eu lieu au cours du huitième mois de la gestation, celle-ci n'est pas compromise et permet à la femme d'aller à terme et d'avoir un accouchement normal.

L'hémorragie intra-kystique peut aussi apparaître dans d'autres conditions ; comme par exemple après une ponction. L'hémorragie peut être plus ou moins forte, et les symptômes qui l'accompagnent sont, suivant son abondance, analogues à ceux qui se manifestent au cours d'une hémorragie interne. Le tableau que l'on rencontre peut aller d'une simple anémie qui s'installe lentement et pro-

gressivement jusqu'à une anémie profonde, suivie de syncope et même de la mort. Le diagnostic certain est bien difficile à poser, surtout si cette hémorragie se produit au début de la grossesse, car on peut alors penser à la rupture d'une grossesse tubaire.

Parmi les accidents que l'on rencontre encore, nous voyons la *rupture des kystes ovariens*. Plusieurs causes pathogéniques peuvent être envisagées. On peut incriminer d'abord l'utérus qui, en se développant petit à petit, exerce une certaine compression sur la paroi kystique. Ceci se voit plutôt dans les cas de kyste pelvien, car celui-ci ne peut subir aucune ascension. Il se trouve en quelque sorte emprisonné entre les parois de l'excavation et l'utérus grévde. La rupture peut se faire aussi sous l'influence de la distension énorme de la poche kystique, ou bien encore sous l'influence d'un traumatisme, de l'accouchement, de la torsion, ou encore après l'inflammation de la paroi kystique.

Les symptômes sont toujours très graves, et la malade présente un état général très mauvais. La femme a le plus souvent la sensation d'une déchirure. Comme la poche kystique verse son contenu dans la cavité abdominale, la réaction péritonéale apparaît rapidement. Le diagnostic d'une rupture n'est pas toujours très aisé, et on peut la confondre avec les accidents que nous venons de voir, ainsi qu'avec une appendicite ou encore une pyonéphrite. Mais la localisation à droite de l'appendicite nous aidera quelquefois à écarter cette hypothèse. Quant à la pyonéphrite, l'examen des urines nous mettera sur la voie du diagnostic.

Le kyste de l'ovaire peut encore s'enflammer et donner lieu à une *suppuration*. Elle est rarement primitive ; ordinairement elle s'installe après une intervention chirurgicale. La suppuration est presque toujours suivie d'une péritonite qui, dans les cas bénins, peut rester localisée. L'état de la malade est très altéré : fièvre, douleur violente, ballonnement du ventre, pouls rapide, tels sont les symptômes qui domineront au cours de la suppuration. Dans la plupart des cas, on diagnostiquera la péritonite, mais il n'en sera pas de même de sa cause.

Disons quelques mots aussi des *adhérences* qu'un kyste de l'ovaire peut contracter. Les plus fréquentes sont des adhérences avec le péritoine ; elles sont probablement consécutives à des poussées péritonéales. Mais on peut les voir aussi avec des différents viscères de l'abdomen. Le frottement de l'utérus et de la poche kystique peut donner lieu à la formation d'adhérences. La ponction répétée peut être aussi une de ces causes. A propos des adhérences, Lepage écrit : « Lorsque le kyste, même peu volumineux, est immobilisé par des adhérences, soit dans l'excavation, soit un peu au-dessus, il peut, s'il est de consistance ferme, entraver le développement de l'utérus et produire des phénomènes de compression plus ou moins marqués ». Mais souvent les adhérences ne sont découvertes qu'au moment de l'intervention.

Tous ces accidents, que nous venons de passer en revue, sont graves quand ils se produisent chez une femme en dehors de gestation, mais ils le deviennent encore plus au cours de la grossesse ; car toute femme enceinte est une

femme dont la résistance est diminuée et qui supporte moins facilement tous les accidents qui peuvent lui arriver.

Dans ce chapitre, nous ne nous sommes pas occupé des accidents qui peuvent se produire par la compression d'un kyste de l'ovaire; nous avons abordé cette question dans notre chapitre II.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic d'un kyste de l'ovaire compliquant une grossesse est souvent très difficile à faire, car on doit diagnostiquer deux choses : d'une part, il faut reconnaître la grossesse et, d'autre part, le kyste.

Les kystes abdominaux rendent le diagnostic d'autant moins facile qu'on est en présence d'une gestation plus avancée. Tant que la paroi abdominale n'est pas très distendue, on peut encore par le palper sentir l'existence de ces deux tumeurs, et souvent même on trouve un sillon de séparation. Ce qu'il importe surtout, dans de pareils cas, c'est de déterminer la nature de ces tumeurs. L'interrogatoire de la malade doit être soigneusement conduit; car dans bien des cas la grossesse ne sera soupçonnée que par les renseignements que la femme donnera, tels que la disparition des règles depuis un certain temps, alors qu'auparavant elles étaient toujours très régulières; les vomissements, les modifications du côté du sein, etc. Si la grossesse est suffisamment avancée, nous pourrions sentir les parties fœtales et l'auscultation nous permettra d'entendre les battements du cœur fœtal. Par le toucher, nous trouverons le col ramolli, l'utérus augmenté de volume et mou, et ainsi le diagnostic de la grossesse sera fait.

Mais il faut déterminer la nature de la deuxième tumeur. Ordinairement elle est arrondie, fluctuante, molle; au tou-

cher, on n'arrive pas à délimiter l'annexe correspondante. De plus, le kyste de l'ovaire se trouve généralement d'un côté de l'abdomen et n'est presque jamais médian.

Dans d'autres cas, on ne trouve qu'une seule tumeur, et alors on méconnaît soit la grossesse, soit le kyste; c'est dans ces conditions que le diagnostic reste incomplet.

Jusqu'à présent, nous nous sommes occupé surtout des kystes abdominaux; voyons maintenant si le diagnostic est plus facile dans les cas de kystes pelviens. Ce diagnostic est en général bien plus difficile au début de la grossesse; car la tumeur, occupant un des culs-de-sac, refoule l'utérus du côté opposé et fait penser à une rétroversion, alors qu'en réalité il n'y en a pas. Lorsque la grossesse évolue, son existence devient plus évidente. Ces tumeurs pelviennes ne se diagnostiquent que très tardivement, car elles ne troublent aucunement l'évolution de la gestation et ne déterminent, d'autre part, aucun malaise. Elles sont alors découvertes par hasard, après un examen de la femme qui est venue consulter pour n'importe quelle autre raison.

Même si les signes sont plus ou moins prononcés, le diagnostic reste dans pas mal de cas obscur, et les erreurs sont extrêmement faciles à commettre. Il faut faire le diagnostic différentiel avec de nombreuses affections que nous allons étudier chacune en particulier.

Tout d'abord, on peut penser à l'existence de *kyste bilatéral*, qui peut, lui aussi, donner lieu à la disparition des règles et masquer ainsi la grossesse. L'erreur est surtout commise au début de la gestation. Dans ces cas, on doit chercher les signes de la grossesse; mais, même après un examen très minutieux, le diagnostic reste souvent incertain.

Le *fibrome de l'utérus* peut également être confondu avec un kyste de l'ovaire, et cela d'autant plus facilement que le fibrome est pédiculé; car il se trouve alors libre dans la cavité abdominale, et les mouvements qu'on imprime à l'utérus peuvent ne pas se transmettre à lui. Mais, en général, la surface du fibrome est habituellement moins régulière que celle du kyste.

Le diagnostic différentiel est difficile en cas de grossesse compliquée d'*hydramnios*, surtout lorsque le kyste est très volumineux et que la paroi abdominale est très distendue. Pour porter un diagnostic approximatif, on doit mettre la femme en surveillance et examiner le ventre chaque semaine. Si le ventre continue à augmenter sensiblement, on portera plutôt le diagnostic en faveur de l'*hydramnios*, car un kyste n'a jamais une marche aussi rapide. Mais la question qui peut se poser est celle de savoir si la tumeur qui occupe l'abdomen n'est pas le kyste ovarique et que la grossesse n'existe pas. Or nous savons que, dans la grossesse avec *hydramnios*, il n'est pas toujours très facile de sentir les parties fœtales, ni d'entendre les battements.

On sera obligé alors de se baser sur les symptômes subjectifs fournis par la femme pour porter un diagnostic de probabilité.

A côté de l'*hydramnios* dans le cas de distension de l'abdomen, on peut penser aussi à l'*ascite*. Mais, quand il y a de l'*ascite*, le ventre a une forme plus aplatie. Ce qui pourra nous aider à faire un diagnostic exact, c'est le déplacement de matité qui se produit chez une ascitique en la mettant dans différentes positions, tandis que la matité du kyste ovarique reste toujours au même endroit.

Le diagnostic de la grossesse devient très gênant quand

le kyste est petit et se trouve dans le cul-de-sac de Douglas. Souvent on prend alors la tumeur pour le corps utérin et on pense à la *rétroversion*. Mais on essaie de refouler la tumeur; on y arrive, et on voit l'utérus revenir à sa place normale.

Le diagnostic différentiel est surtout nécessaire à faire quand on se trouve en présence d'un cas où l'on a un accident du côté du kyste. Dans notre observation II, nous voyons que le diagnostic hésite entre une crise appendiculaire, une pyélonéphrite ou encore une *rétroversion* utérine avec rétention d'urine; en réalité, il s'agissait d'une torsion du pédicule.

Egalement dans l'observation VI on pense plutôt à une crise d'appendicite.

Dans l'observation IX, le diagnostic est porté d'une exclusion intestinale, tandis qu'il y avait une torsion du pédicule qui a entraîné l'hémorragie intra-abdominale.

Si la torsion se produit dans les premiers mois de la gestation, on peut penser à la rupture d'une *grossesse tubaire*. Mais on l'élimine par le manque d'anémie et d'hématocèle qui l'accompagne généralement.

Si le kyste siège du côté droit, on peut soupçonner l'appendicite. Le diagnostic entre une torsion du pédicule, la rupture de la poche kystique et les autres complications est souvent impossible à faire; mais cela n'a pas une très grande importance, car, dans tous ces cas, la conduite à tenir est la même.

CHAPITRE VII

Pronostic

Le pronostic du kyste de l'ovaire au cours de la grossesse dépend de plusieurs facteurs. Le volume du kyste, son siège et sa consistance ont une grande importance. Au cours de la grossesse, ce sont surtout les kystes abdominaux qui rendent le pronostic sérieux, car ce sont eux qui atteignent le plus grand volume et qui produisent les phénomènes de compression menaçants aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Chaque complication du côté du kyste, au cours de la gestation, assombrit elle-même le pronostic. Cependant la gravité est plus prononcée pour l'enfant que pour la mère. La mortalité infantile, pour Remy, se voit dans 30 %, tandis que la mortalité maternelle au cours de la grossesse est, d'après les différentes statistiques :

Pour Jetter.....	31,4 %
— Heiberg.....	24,7 %
— Remy.....	23 %
— Puech et Vanverts.	6 %

Sur nos quatorze observations, aucune ne se termine par la mort de la mère; tandis que nous rencontrons quatre fois de la mortalité infantile. Deux fois elle se produit quelque temps après l'ovariotomie, deux fois aussitôt après l'accouchement. Dans un cas, la mort est probablement due au décollement prématuré du placenta; dans l'autre, il y avait un travail long qui a déterminé la souffrance fœtale.

Le pronostic dépend beaucoup de la conduite à tenir que l'on applique pendant la grossesse. Si nous comparons, en effet, les chiffres précédents, nous voyons que le pronostic s'est beaucoup amélioré. Cette amélioration est due sûrement à ce qu'actuellement on applique le traitement d'une façon précoce et que celui-ci est un traitement rationnel.

Il n'est pas rare non plus de voir se produire l'interruption de la grossesse. D'après Puech et Vanverts, elle se rencontre dans 23,5 % des cas.

Pendant le travail, la mortalité est encore plus élevée, et pour la mère et pour l'enfant. Ici les différentes statistiques citées par Puech et Vanverts nous montrent que, pour la mère, la mortalité est la suivante :

Litzmann.....	43 %
Hirsch	33 %
Playfair	40 %
Heiberg	50 %
Remy.....	30 %
Mc Kerron.....	12,5 %

tandis que, pour Puech et Vanverts, elle est de 9,5 %.

Et la mortalité fœtale est, d'après :

Litzmann.....	83 %
Hirsch	66 %
Playfair	33 %
Heiberg	38 %
Mc Kerron	34 %

et pour Puech et Vanverts, 23 %.

La mortalité si élevée de la mère et de l'enfant au cours du travail est surtout due aux kystes pelviens. Actuellement elle est bien moins élevée, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle reste toujours très considérable. En outre, les kystes de l'ovaire rendent le travail long; la femme se fatigue, s'infecte plus facilement; sa résistance diminue, d'où un pronostic plus sérieux.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Traitement

Comme nous venons de le voir, le kyste de l'ovaire expose la femme à de nombreux dangers, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit encore au cours du post-partum. Les dangers sont tels qu'on ne peut pas négliger cette complication. L'indication et les contre-indications de l'intervention chirurgicale étaient dans le temps très discutées. Actuellement la question paraît plus ou moins résolue, surtout depuis que le professeur Pinard a déclaré, au cours de communications faites à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et Pédicatrie, en 1902 et 1905, que : « quelque soit le moment où l'on diagnostique la présence d'un kyste de l'ovaire, à moins que, la grossesse ayant dépassé six mois, le kyste soit peu volumineux et stationnaire dans son évolution; dans ce cas, on doit opérer à terme, c'est-à-dire au début du travail et non à l'époque de la soit-disant viabilité qui n'est qu'un leurre. Mais si une complication survient du côté du kyste (accroissement rapide de la tumeur, symptômes péritoniques, etc.), un seul traitement s'impose, aussi urgent que nécessaire, le traitement chirurgical ».

La règle que tous les accoucheurs et chirurgiens doivent

avoir présente à l'esprit, c'est d'intervenir le plus tôt possible.

Nous allons voir quelle sera la conduite à tenir au cours de la grossesse, pendant le travail et le post-partum.

I. — CONDUITE A TENIR AU COURS DE LA GROSSESSE

Certains auteurs, se basant sur quelques observations où la grossesse est allée à terme, ont proposé l'*expectation*. Se borner à elle, est, comme le disait Barnes : « S'en remettre au hasard ». Or, nous ne savons jamais ce que peut devenir un kyste au cours de la gestation et à quoi il peut exposer la femme. La statistique montre qu'il vaut mieux intervenir, car, après une intervention, on n'observe que 17 % d'avortements, tandis qu'après l'*expectation* 21 % (Mc Kerron). Pour Heiberg, ces chiffres sont encore plus élevés; il nous donne 39,2 % pour la mortalité maternelle et 67 % pour les enfants. Dans nos quatorze cas, la grossesse a évolué jusqu'à terme six fois, sans qu'on soit intervenu, et où on s'est borné à l'*expectation*.

D'ailleurs tôt ou tard on est obligé d'intervenir; il vaut donc mieux opérer que d'attendre que les accidents se produisent et rendent par là l'intervention plus pénible et bien plus dangereuse. L'*expectation* peut être justifiée seulement dans les cas où le diagnostic du kyste est posé dans les derniers mois de la gestation. Bransby, dans son rapport au cours du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et pédiatrie, en 1913, se montra partisan de l'*expectation* et dit : « Chez les femmes porteuses de grosses tumeurs fixées dans le pelvis adhérent, non refovable, venant compliquer la grossesse, il faut attendre le bistouri à la main ».

Il faut surtout intervenir au début de la grossesse, car les conditions opératoires sont de beaucoup plus favorables. L'utérus n'étant pas très volumineux, peut être ménagé plus facilement. Mais ce qui importe surtout, c'est que l'utérus est bien moins excitable au début de la gestation.

Le traitement que l'on peut appliquer au cours de la grossesse peut être divisé en traitement obstétrical et en traitement chirurgical. Comme traitement obstétrical, nous avons :

L'avortement et l'accouchement provoqués. C'est un traitement palliatif, parce qu'il ne s'adresse pas directement au kyste qui est la cause de tout le mal. Les dangers des accidents continuent à menacer la femme. Si nous examinons les résultats obtenus par l'accouchement provoqué, nous trouvons, d'après Remy :

Pour la mère : 3 morts, 8 survies ;

Pour l'enfant : 5 morts, 5 survies, 1 inconnu.

Sur les trois morts maternelles, une fois elle survient à cause d'un étranglement d'une partie du kyste, une autre fois par rupture du kyste. L'accouchement prématuré spontané ou provoqué, à part quelques cas heureux, ne donne que de mauvais résultats.

Comme le kyste de l'ovaire est une affection dont le seul traitement radical est l'ablation, l'opération reste donc inévitable. Du moment que la femme est exposée tôt ou tard à une intervention, il vaut mieux la pratiquer le plus tôt possible et ne pas sacrifier l'enfant. On ne doit donc jamais interrompre l'évolution d'une grossesse ; il faut, au contraire, chercher à sauver la vie de la mère ainsi que

celle de l'enfant. Par conséquent, on doit tout faire pour que la grossesse aille à terme. Du reste, ce sont là des opérations qui n'évitent pas les accidents, puisque le kyste reste. Heiberg écrivait avec raison que « l'interruption artificielle n'exclut aucunement les dangers résultant de l'influence défavorable de l'acte de l'accouchement et de la puerpéralité sur la tumeur même (hémorragie intrakystique, suppuration, etc.), et que, d'autre part, l'extirpation de tumeur devenant malgré tout inévitable, la malade est exposée, en peu de temps, à des épreuves dangereuses (provocation de l'accouchement prématuré et l'ovariotomie) ».

Actuellement l'avortement et l'accouchement provoqués n'ont plus de raison d'être, car c'est un traitement illogique à cause de tout ce que nous venons de dire, et tous les accoucheurs sont d'accord à ce sujet. Par conséquent, il doivent être complètement abandonnés.

Parmi les traitements chirurgicaux, nous citerons : *La ponction du kyste*. Elle a été recommandée par Stolz, Treille, Olshausen, etc. On employait la ponction dans le cas de kyste de l'ovaire très volumineux déterminant des phénomènes de compression. C'est une opération à laquelle on n'a plus recours à l'heure actuelle, car elle présente de graves inconvénients. Elle n'écarte pas, en effet, les accidents qu'un kyste peut donner et devient même une source de dangers. C'est elle qui entre en première ligne dans l'étiologie d'une série de complications, telle que la torsion du pédicule, la suppuration du kyste, les hémorragies intrakystiques, la péritonite, etc.

Souvent une ponction déclanche le travail, et l'inter-

ruption de la grossesse a lieu dans un tiers des cas d'après Puech et Vanverts.

Sur 59 cas que Remy a réunis, les résultats furent :

Huit fois, le travail se déclara d'un à quinze jours après;

Sept fois; la suppuration du kyste;

Une fois, péritonite;

Cinq femmes mortes.

Donc :

Déclaration du travail, un treizième environ, soit 7,69 %;

Suppuration, un treizième environ, soit 7,69 %;

Mort, un neuvième environ, soit 11 %.

La ponction peut être abdominale et vaginale. La première s'adresse au kyste abdominal, et c'est elle que l'on utilise au cours de la gestation. La deuxième est appliquée au kyste pelvien. On peut reprocher à l'une et à l'autre que ce sont des opérations aveugles, car il peut arriver que l'on ponctionne l'utérus au lieu du kyste.

Aujourd'hui la ponction est complètement abandonnée. Elle peut être utilisée seulement dans les cas où les phénomènes de compression sont très prononcés et demandent une intervention immédiate, alors que le médecin se trouve dans une situation telle qu'il ne peut pas réaliser l'opération par voie haute. Le seul avantage de la ponction est d'être une opération pouvant être appliquée rapidement et en tous lieux.

Mais une ponction n'amène pas nécessairement l'amélioration du kyste. Elle ne réussit que dans le cas où le kyste est uniloculaire et à contenu liquide; elle est inutile quand le kyste est multiloculaire.

L'ovariotomie a été préconisée longtemps par les médecins anglais. Mais c'est seulement après les travaux de Spencer Wells qu'elle devint l'opération de choix. Elle s'adresse au kyste, supprime les causes du danger et permet l'évolution de la grossesse. L'ovariotomie est une opération qui nous donnera les meilleurs résultats. Au point de vue de la moralité maternelle, nous voyons que sur onze ovariectomies faites par Lawston Tait, il n'y a qu'un cas de mort de la mère. Spencer Wells porte dix opérations et une mort; Olshausen huit, toutes avec succès. Tandis que sur 42 cas d'ovariotomie que Knol avait réunis, il n'y a que trois insuccès.

Remy présente comme statistique, pendant les quatre premiers mois :

Mortalité des mères.....	11 %
Mortalité des enfants.....	42,8 %

Pendant les cinq derniers mois :

Mortalité pour les mères.....	12,5 %
Mortalité pour les enfants.....	42,5 %

Sur nos huit ovariectomies pendant la grossesse, nous avons les résultats suivants :

- Cinq fois, grossesse continue;
- Deux fois, avortements;
- Un sort inconnu.

L'ovariotomie doit être faite surtout pendant les premiers mois de la gestation. Plus tard, l'opération devient moins commode à cause du volume de l'utérus. L'inter-

ruption de la grossesse se voit plus facilement qu'après le cinquième mois, car l'utérus, excité par les manœuvres opératoires, se contracte et provoque l'accouchement prématuré. Elle se voit dans 20 % de cas dans la statistique de Dsirne, dans 18 % dans celle de Mac Kerron.

D'après Puech et Vanverts, cette interruption de la grossesse se voit avec une moyenne de :

1	pour	10	pendant	les	quatre	premiers	mois;			
1	—	5	—			le	cinquième	mois;		
1	—	4	—			le	sixième	mois;		
1	—	2	—			le	septième	mois;		
1	—	3	—			les	huitième	et	neuvième	mois.

Donc, on peut compter que la grossesse continuera à évoluer dans 90 % des cas après l'ovariotomie faite dans les quatrième et cinquième mois et dans 50 % après le cinquième mois.

C'est pourquoi il est préférable de s'abstenir après le cinquième mois, pour laisser la grossesse aller le plus longtemps possible. Pinard, après une discussion lors d'une communication faite à la Société d'Obstétrique de France, en 1911, conclut : « Que l'indication opératoire est donnée par les accidents généraux que provoque la tumeur ».

Aujourd'hui il faut admettre que l'ovariotomie doit être faite toujours quand le kyste est diagnostiqué, de préférence dans les quatre à cinq premiers mois, et plus tard n'intervenir que dans les cas où un accident survient du côté du kyste.

Dans notre observation I, nous avons un cas où, malgré des adhérences, l'ablation du kyste n'a pas provoqué l'avortement et a permis à la grossesse d'aller à terme.

On pouvait se demander si l'ablation du corps jaune n'empêchait pas la continuation de la grossesse. C'est Frœnkel, le premier, qui s'occupa de la question et étudia expérimentalement l'action physiologique du corps jaune. Cette action se manifeste surtout dans la première moitié de la grossesse; plus tard elle est nulle, car à partir du cinquième mois le corps jaune tend à disparaître peu à peu.

Frœnkel a réussi à montrer que, malgré la destruction du corps jaune, la gestation n'est pas arrêtée en son évolution et qu'elle peut aller à terme.

Sur nos huit ovariectomies, nous voyons que la grossesse a continué six fois et n'a été arrêtée que deux fois. Mais on peut se demander si cet arrêt n'est pas dû plutôt au traumatisme de l'intervention qu'à l'ablation du corps jaune.

Pendant l'opération, il faut éviter les tiraillements de l'utérus, pour ne pas provoquer la contraction utérine. Une fois l'opération terminée, on fera la suture de la paroi abdominale avec beaucoup de soin pour éviter l'éviscération, si le travail survient peu de jours après.

Barnsby insiste particulièrement sur quelques points de la technique opératoire :

1° Il faut ouvrir largement sur la ligne médiane, et cela pour deux raisons : tout d'abord pour y voir clair et opérer vite, ensuite pour pouvoir enlever le kyste comme une tumeur solide et maligne, c'est-à-dire sans ponction préalable, sans effraction, afin d'éviter les inoculations;

2° Il faut éviter de traumatiser l'utérus, de l'extérioriser longuement. Il faut se garder de manipulations pro-

longées, et c'est pour cette raison que j'ai conseillé l'expectation dans les kystes fixés dans le pelvis et non refoulables:

39 Il sera toujours sage de faire une ligature du pédicule aussi loin que possible de l'utérus. Dans ces cas-là je fais, contrairement à ma technique habituelle, une ligature en chaîne, mais en masse, à l'aide d'un fort catgut; je ne péritonise pas, afin d'éviter autant que possible les piqûres d'aiguilles dans des tissus qui ne demandent qu'à saigner. L'hémostase parfaite est, en effet, une condition importante du succès final;

40 Il est indispensable de soigner la rupture de la paroi: suture en un plan, avec des crins doubles ou des fils métalliques, renforcée avec des points de soutènement noués sur une compresse. (Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.)

Des injections de morphine seront faites pendant plusieurs jours, d'après le conseil suivant de Pinard: A la suite de laparotomie, dans les cas de grossesse, les injections sous-cutanées de morphine seront pratiquées systématiquement comme traitement prophylactique de l'accouchement prématuré. J'insiste sur ce point qu'il ne faut pas attendre l'apparition des contractions utérines douloureuses, mais d'emblée et aussitôt après l'opération pratiquer ces injections et les continuer huit à dix jours. (*Annales de Gynécologie*, 1911.)

II. — CONDUITE A TENIR AU COURS DU TRAVAIL.

Les kystes abdominaux laissent ordinairement l'accouchement se faire spontanément, car ils ne forment pas

obstacle au passage foetal. Les vrais kystes proëvia seront ceux qui ont leur siège dans l'excavation. Dans ces cas, on ne peut pas s'attendre *a priori* à un accouchement par voie naturelle, quoique dans certains cas cependant il puisse se produire, comme nous le voyons dans notre observation VIII. C'est là un événement rare, mais qu'on peut rencontrer. C'est pourquoi Remy dit avec raison qu'« il faut toujours commencer par l'expectation ». Pozzi considère comme exceptionnel l'accouchement spontané. Playfair a réussi à en réunir 13 sur 161 accouchements.

Si la tumeur est libre, c'est-à-dire ne présente pas d'adhérences avec les organes pelviens, il peut arriver que, sous l'influence des contractions, elle se déplace et remonte dans l'abdomen. Si cela ne se fait pas spontanément, Bossi nous conseille: « L'objectif de l'accouchement doit être évidemment de réduire la tumeur, c'est-à-dire de la repousser en haut, de façon qu'elle ne fasse pas obstacle à l'engagement du fœtus par la partie présentée et que, par conséquent, l'accouchement ne soit pas empêché, quitte à procéder, après l'accouchement, à l'ablation de la tumeur. »

Or, il faut toujours essayer d'avoir un accouchement par voie naturelle. Les moyens qui nous aideront à l'obtenir visent, d'une part, le kyste et, d'autre part, l'extraction du fœtus; les uns sont donc obstétricaux et les autres chirurgicaux.

Mais avant d'appliquer l'un ou l'autre, il faut toujours tenter le *refoulement* du kyste. C'est une manœuvre que l'on doit essayer, et elle a cet avantage qu'elle peut être faite par tous les praticiens. D'après Remy, le refoulement réussit une fois sur trois cas; d'après Kerron, 40 % des cas et, pour Puech et Vanverts, 43,5 %. Ces derniers précé-

nisent le refoulement dans les cas où « la tumeur est relativement petite, où elle est libre d'adhérences et facilement mobilisable ». Cette opération étant très douloureuse, doit toujours être faite sous chloroforme.

Mais elle n'est pas exempte de danger. En refoulant le kyste, celui-ci peut se déchirer, et les conséquences de cette déchirure sont graves, car il survient presque toujours soit de la péritonite, soit de la suppuration de la tumeur. Kerron rapporte trois observations où la rupture du kyste se produit après un refoulement dont deux cas se terminent par la mort. Donc on peut et on doit toujours tenter le refoulement; mais il ne faut pas trop insister.

Comme moyens obstétricaux, auxquels on a recours pour terminer un accouchement par voie naturelle, il faut citer le *forceps*, la *version* et l'*embryotomie*.

Si l'enfant est vivant, on fait ou l'application de forceps, ou la version, sinon on pratique l'embryotomie. Dans tous ces cas, le pourcentage de la mortalité maternelle reste très élevé, ainsi que celle de l'enfant, quand il s'agit du forceps ou de la version.

M. Kerron a obtenu les résultats suivants :

Sur 14 forceps, 8 mères mortes; 10 enfants morts;

Sur 17 versions, 6 mères mortes; 10 enfants morts;

Sur 18 embryotomies, 8 mères mortes.

La mortalité maternelle, pour Remy, dans les applications de forceps est de 25 %; celle de l'enfant est à peu près la même.

Sur 47 cas où Puech et Vanverts ont employé le forceps, les résultats furent :

Echec : 15 cas;

Extraction de l'enfant : 32 fois;

Mères : guérison, 24 cas; mort, 6, soit 19,5 %; sort inconnu, 2;

Enfants : nés vivants, 9 cas; mort-nés, 9, soit 27,5 %; sort inconnu, 14.

Sur 17 versions, d'après les mêmes auteurs :

Mères : guérison, 10 cas; mort, 7; soit 40 %;

Enfants : nés vivants, 12; mort-nés, 12; soit, 30 %; sort inconnu, 2.

Etant donné une mortalité aussi élevée, on doit s'abstenir de l'emploi de ces moyens. D'ailleurs on ne peut les utiliser que lorsque l'obstacle n'obstrue pas complètement la filière pelvienne.

Il nous reste maintenant à étudier les différents traitements chirurgicaux qui sont :

1^o *Ponction du kyste.* — C'est une opération palliative, qui ne vise que le mal momentané. On peut lui reprocher d'être souvent inefficace, car le contenu du kyste de l'ovaire n'étant pas toujours liquide, ne s'écoulera pas. Même si le contenu est liquide, le kyste peut être multiloculaire, et seule la poche ponctionnée se videra.

Cette opération au cours du travail se fait le plus souvent par la voie vaginale, et comme c'est un milieu septique et restant tel, malgré toute l'antisepsie qu'on peut faire, la femme restera ainsi exposée à de multiples périls. Puech, et Vanverts rapportent, sur 45 cas :

Ponction inefficace : 12 cas;

Ponction efficace : 33 cas;

Expulsion spontanée du fœtus : 11 fois;

Extraction par forceps : 14 fois;

Extraction par version : 8 fois ;

Mères : guérison, 30 cas ; mort, 3 cas ; soit, 10 % ;

Enfants : nés vivants, 19 cas ; mort nés, 12 cas ; soit 38,5 % ; sort inconnu, 2 cas.

Pinard, Bar et autres maîtres pensent qu'elle doit être actuellement abandonnée, car, comme le disait Bar dans une discussion sur la ponction à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie : « Mieux vaut adopter une intervention qui comporte quelques risques mais des risques connus et en quelque sorte pesés, qu'une intervention moins grave en apparence, mais dont les risques restent obscurs ». Or, que les opérations par voie vaginale puissent se faire avec moins de chance qu'autrefois d'infecter le kyste, le fait est certain ; que toute chance d'infection puisse être écartée avec certitude, le fait est au moins douteux. Mais laissons ce point, le véritable risque me paraît être le suivant : « Nous ne savons généralement pas grand'chose de ce qu'est un kyste faisant obstacle à l'accouchement, dans sa partie supérieure non accessible au toucher, et ne peut-on craindre que, pendant l'accouchement, le kyste affaissé par ponction ne soit froissé, traumatisé, d'où des complications à évolution incertaine, peut-être graves. Pour toutes ces raisons, il semble que, dans tous les cas où un obstacle est créé par le kyste, mieux vaut intervenir par la voie haute ».

Aujourd'hui, avec tous les risques que nous connaissons, il n'est permis de recourir à la ponction que dans les cas où l'on se trouve dans un milieu tel qu'une intervention chirurgicale soit impossible à faire ; car, à côté de ces inconvénients, qui sont considérables, la ponction a aussi quelques avantages, tels que d'être rapide, possible à réaliser par tous les praticiens et en tous lieux.

2° *Incision.* — Elle n'est généralement employée que dans les cas où l'on n'a pas obtenu de résultat par la ponction. Mais elle-même n'amène pas de résultats meilleurs, puisque ordinairement là où la ponction n'a pas réussi, le kyste est multiloculaire, et que les loges non incisées gardent leur contenu. De plus, à la suite de l'incision, les chances de l'infection sont énormes. C'est pourquoi, actuellement, on ne doit même pas discuter son emploi et on doit la rejeter définitivement.

3° *Ovariectomie vaginale.* — Elle est rarement pratiquée en France; elle a été surtout employée en Allemagne. D'après Staud, elle est indiquée dans les cas « de tumeur profondément enclavée dans le petit bassin, mobile, pédiculée, peu adhérente et à limite supérieure bien accessible par la plaie vaginale ».

Malgré l'examen le plus attentif, on ne peut jamais savoir si toutes ces conditions existent. L'opération peut devenir extrêmement difficile à réaliser, et souvent on sera encore obligé, pour terminer, de faire l'ovariectomie abdominale. L'opérateur peut, à côté de difficultés dues au kyste, avoir des difficultés du côté de l'enfant, qui peut descendre avant que l'opération soit terminée, et par cette descente l'incision pourra se prolonger et provoquer de très grandes déchirures.

Enfin, c'est là une opération où l'on a peu de jour, qui est faite plus ou moins aveuglément et dans un milieu dont l'asepsie est très incomplète, d'où à nouveau danger d'infection. Pour toutes ces raisons, il vaut mieux recourir à l'ovariectomie abdominale.

4^o *Ovariectomie abdominale et opération césarienne.* —

L'ovariectomie abdominale est l'opération idéale, car elle supprime le kyste, qui est la cause initiale de tout le mal. Après l'ouverture de l'abdomen, la première idée doit être de désobstruer la route sans toucher à l'utérus, qu'il est prudent de garder intact pour les accouchements ultérieurs. C'est pourquoi on doit toujours essayer de faire d'abord l'ablation du kyste. L'utérus, par son volume, masque ordinairement le kyste pelvien. On doit introduire la main et aller chercher le kyste. Si le kyste n'est pas adhérent et si le pédicule n'est pas trop court, on arrive, dans la plupart des cas, à le ramener. Une fois qu'il se présente sous les yeux de l'opérateur, il faut insister sur deux choses : traumatiser le moins possible l'utérus et faire une ligature solide du pédicule, car l'utérus aura encore un travail à fournir pour expulser son contenu.

Les résultats qu'on obtient dans ce cas sont :

Mères : guérison, 21 cas ; mort, 0 ;

Enfants : nés vivants, 16 ; mort-nés, 5 (Puech et Van-verts).

A la dilatation complète, pour abréger la période d'expulsion, on doit toujours faire une extraction, soit en appliquant les forceps, soit en faisant la version interne.

Citons notre observation XI, où l'on a extrait le kyste et terminé par forceps. L'enfant est mort quelque temps après. On pouvait se demander : pourquoi succombe-t-il ? Il semble qu'il y ait un décollement placentaire, car aussitôt que l'enfant est extrait, il y a un écoulement sanguin assez abondant, et on constate immédiatement que le placenta se présente à la vulve. Dans ce cas, il vaut mieux faire l'opération quand la dilatation est très avancée, et

ne pas extérioriser l'utérus pendant l'opération. Une fois que l'opération est terminée, il faut très vite extraire l'enfant par forceps.

Dans les autres cas où le kyste ne peut pas être facilement amené, soit qu'il se trouve profondément enclavé, soit qu'il présente des adhérences, ou bien soit que son pédicule est très court, l'opération césarienne doit précéder alors l'ablation de la tumeur. Mais ce n'est pas sa seule indication, elle peut être encore indiquée dans les cas où il y a souffrance fœtale. Puech et Vanverts ont rassemblé 48 cas, où les résultats furent :

Pour les mères : guérison, 43; mort, 3; soit 7,5 %; sort inconnu, 2 fois.

Pour les enfants : nés vivants, 35; mort-nés, 9; soit 22,5 %; sort inconnu, 4.

En comparant les deux résultats, il semble qu'il y ait intérêt à donner la préférence à l'ovariotomie simple et accouchement par les voies naturelles.

L'ovariotomie a tous les avantages qu'on puisse lui demander. On enlève le kyste sous le contrôle de la vue, on supprime le mal, qui était un danger permanent pour la femme et qui souvent le devient encore davantage pendant le post-partum. Elle nous permet également, à la moindre indication fœtale, de faire une opération césarienne. Le seul inconvénient de l'ovariotomie abdominale est qu'elle ne peut pas être pratiquée par tous les médecins et dans tous les lieux, car elle demande une asepsie et une technique chirurgicale parfaites.

En résumé : Le refoulement peut être tenté, mais avec beaucoup de prudence, et cela dans les cas où le kyste n'est pas profondément enclavé.

La ponction peut être faite seulement dans les cas où le praticien se trouve dans l'impossibilité de recourir à la chirurgie abdominale, ou bien encore quand la femme est très affaiblie.

L'ovariotomie abdominale reste l'opération de choix. Elle doit être pratiquée toujours lorsqu'il y a kyste proevia. Elle peut être accompagnée de l'opération césarienne, dans les cas où l'utérus fait obstacle, par son volume, à l'ablation du kyste, ou encore s'il y a indication fœtale au cours de l'ovariotomie.

III. — CONDUITE A TENIR AU COURS DU POST-PARTUM

Si le kyste était bien toléré pendant la grossesse et au moment du travail, il peut cependant, pendant le post-partum, donner lieu à des complications.

Quand à la conduite à tenir au cours du post-partum, nous rencontrons différentes opinions. D'après Condamin, la femme doit être surveillée, et on ne doit intervenir que lorsqu'il y aura une complication; il estime qu'il est préférable de respecter la femme qui est encore fatiguée par son accouchement et dont la puerpéralité l'expose plus facilement à l'infection.

Kerron, Martin et autres, se basant sur la fréquence des complications qu'on rencontre pendant les suites de couches, conseillent l'ovariotomie aussitôt après l'accouchement.

Voyons ce que nous disent les statistiques. Sur 34 cas, où l'opération est faite pendant le post-partum, on trouve un cas de mort sur 34, soit une mortalité de 3%. Tandis que sur 55 cas où l'on n'intervient qu'après le post-par-

tum, il y a 55 succès, donc la mortalité est de 0 % (Puech et Vanverts).

Aujourd'hui tout le monde est d'accord sur la conduite à tenir au cours du post-partum. On recommande un repos complet et, pour garder le kyste immobile, il faut mettre une ceinture à la femme.

L'ovariotomie sera faite seulement plus tard, quand la puerpéralité est passée et quand la femme a repris ses forces.

Mais si un accident se produit pendant les suites de couches, on interviendra immédiatement,

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (M. Fruhinsholz), 1913.

Mme X..., 27 ans. Régée à 12 ans. Règles d'abord fréquentes et abondantes, puis irrégulières, avec de longs retards, et douloureuses. Mariée depuis six mois.

Dernières règles début octobre 1912. Fin octobre, crise douloureuse abdominale. Début janvier, légère perte sanguine. Traces d'albumine. Examinée fin mars 1913, on trouve un utérus de quatre mois environ; le cul-de-sac vaginal postérieur est obstrué par une masse dure, irrégulière et bosselée, douloureuse et fixe. M. le professeur Fruhinsholz pense à un kyste.

Le 8 avril, consultation avec M. le professeur Vautrin, qui croit plutôt à une collection sanguine ou inflammatoire et préfère différer l'intervention.

Le 28 avril, consultation avec les professeurs Pinard et Vautrin. On porte le diagnostic de tumeur annexielle; on est frappé de l'œdème du col et des troubles circulatoires paraissant tenir à la compression réalisée par la tumeur. On décide l'intervention. Celle-ci est pratiquée, le 2 mai, par M. le professeur Vautrin.

L'utérus est très dévié à droite. La tumeur est difficilement accessible dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche; elle est toute entourée d'adhérences qu'on décolle du bout des doigts. A un moment donné, on voit bien la coque de la tumeur, puis celle-ci éclate au cours de la décortication. Il s'en écoule un liquide épais et opaque. On achève la décortication de la poche

rompue. Il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, gros comme une orange. Il renferme des poils. Après décoloration, il y a des adhérences qui saignent; on met des catguts. On draine et on ferme la paroi, en déposant des points de renforts musculaires.

On donne chaque jour 2 ou 3 centigrammes de morphine. Au cinquième jour, on retire le drain. Il y a des contractions utérines douloureuses qui amplifient et font descendre nettement le segment inférieur. On donne 4 centigrammes de morphine par jour. Il y a encore quelques menaces ultérieures, puis tout rentre dans l'ordre.

La malade reste sur une chaise longue.

Le 28 juin, soit dans le courant du septième mois, le col est totalement effacé. La tête s'engage.

Le 18 juillet, le col est effacé et dilaté comme 0,50. On maintient le repos étendu.

Le 27 août, accouchement prématuré, rapide, spontané, d'un enfant de 2.800 grammes.

Les suites sont normales.

Résumé: kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Ovariectomie au courant du sixième mois. Le kyste est adhérent, quelques menaces de l'accouchement prématuré. Accouchement prématuré spontané qui se fait trois mois après l'opération. On ne peut pas croire que c'est l'intervention qui a déterminé l'accouchement prématuré.

OBSERVATION II (M. Fruhinsholz), 1914.

III pare, âgée de 25 ans. Sans antécédent pathologique. Toujours bien réglée.

Première grossesse normale. Accouchement normal.

Deuxième grossesse il y a deux ou trois ans; elle est marquée par une crise douloureuse vers le troisième mois; puis, par des phénomènes douloureux du côté droit dans les trois derniers mois. Accouchement normal. Depuis est restée bien réglée et bien portante.

Troisième grossesse. Dernières règles normales vers le 24 avril 1914. Vers le troisième mois de grossesse consulte un médecin, parce qu'elle souffre du côté droit. Ce médecin constate que l'utérus paraît être plus volumineux que l'âge de la grossesse le comporte. Quelques jours après, ce médecin est rappelé, en raison de crises douloureuses avec vomissements.

Il envisage successivement l'hypothèse de puélo-néphrite et d'appendicite; il fait examiner les urines et constate qu'elles ne renferment pas de pus.

M. le professeur Fruhinsholz voit la malade le 27 juin 1914.

Elle souffre beaucoup, vomit abondamment depuis la veille. La température est de 37,2. Le pouls qui, la veille, était à 82, puis à 90, est monté à 120. Il y a de la dysurie. Les selles et les gaz passent normalement. Les urines sont fortement troublées par un dépôt phosphaté. La malade est pâle, a les traits tirés, gémit constamment, en se plaignant du ventre. Celui-ci n'est pas ballonné. Il est souple et dépressible. On voit une saillie qui paraît d'abord correspondre à l'utérus et qui se dessine sous la peau, comme un utérus gravide de trois mois. La douleur au palper est vive au niveau de cette tumeur, surtout à droite et à gauche de celle-ci. Le palper arrache des gémissements à la malade. Rien dans les flancs. Au toucher, le vagin est peu spacieux. L'utérus est rétrodirigé, ressemblant à un utérus gravide de deux mois.

L'impression première est celle d'une rétroversion avec rétention d'urine. L'évacuation vésicale à la sonde ne modifie pas sensiblement les choses. On sent nettement une tumeur indépendante de l'utérus, bosselée, située en avant et au-dessus de l'utérus qu'elle a fait chavirer en arrière; cette tumeur paraît se prolonger vers la droite. M. le professeur Fruhinsholz porte le diagnostic ferme de kyste ovarique.

Intervention a lieu le jour même par M. le professeur Gaston Michel.

On trouve une tumeur euehymotique, tordue trois fois sur elle-même, grosse comme une tête fœtale et s'implantant à droite de l'utérus. L'ovaire est en dedans de la tumeur, entre celle-ci et l'utérus; il fait partie du pédicule tordu; il est lui-même grès et euehymotique.

On pince, on sectionne, on ligature au catgut et on extrait. Il s'agit très vraisemblablement d'un kyste para-ovarien tordu.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes. L'évolution ultérieure de la grossesse est restée inconnue, la guerre étant survenue un mois après.

Résumé: Une première crise douloureuse au cours de la deuxième grossesse. Accouchement à terme, normal. Au cours de la troisième grossesse, une nouvelle crise douloureuse. Intervention. Tumeur tordue trois fois.

OBSERVATION III (M. Fruhinsholz), 1920.

M^{me} X..., 28 ans. Réglée jeune. Règles abondantes, fréquentes et douloureuses.

Mariée depuis cinq ou six ans. Ne désira pas une grossesse.

Dernières règles terminées vers le 2 septembre 1919. Au début de sa grossesse, doit tenir le lit deux mois, parce qu'elle souffre du ventre et de vomissements pénibles; se relève ultérieurement, mais continue à souffrir du ventre et des reins.

M. le professeur Fruhinsholz la voit au quatrième mois de la grossesse. L'utérus est gros, nettement cordiforme. Le cul-de-sac vaginal postérieur est déprimé par une masse volumineuse, dure et bosselée, mal délimitable vers l'abdomen. Le col est haut, reporté en avant et à droite, au fond d'une gout

tière vaginale. Un examen ultérieur permet de faire les constatations et paraît indiquer que la masse pelvienne, qu'on sent dans le cul-de-sac de Douglas, se continue vers l'hypochondre gauche. On porte le diagnostic probable de kyste ovarique; mais étant donné la situation, en raison des adhérences qu'on soupçonne, en l'absence d'accident, on décide de surveiller la grossesse et de reporter l'intervention au terme normal.

Dans les derniers temps de la grossesse, la malade accuse des douleurs abdominales et lombaires, de la pollakiurie et de la dysurie, de l'irritation rectale avec des glaires et de la diarrhée. Œdème généralisé surtout aux membres inférieurs, surtout à gauche, sans albuminurie. Circulation collatérale assez prononcée. Le ventre est très gros, tendu. Le palper est difficile. On devine plutôt qu'on ne sent nettement la tumeur du flanc gauche. On perçoit une tête fœtale mobile au-dessus du détroit supérieur, projetée en avant de la symphyse et légèrement déjetée à droite. Le contenu utérin est mal délimitable. Le cul-de-sac vaginal postérieur reste bloqué par une masse qui paraît irréductible, lorsqu'on essaie de la mobiliser vers le haut.

Les premières douleurs apparaissent prématurément le 10 mai 1920, soit au début du neuvième mois. Le cœl s'efface. Les premières douleurs ont pour effet d'accuser la tension et la descente de la masse kystique qui obstrue le Douglas.

Dans la nuit du 10 au 11, rupture prématurée des membranes. On prend toutes les dispositions pour pratiquer une opération césarienne et l'ablation du kyste, quand on s'aperçoit que, sous l'influence combinée des contractions et de la rupture des membranes, la tête s'engage et le kyste est devenu inaccessible. La tête est en O. I. G. T.; la dilatation atteint rapidement 5 ou 6 centimètres, après quoi elle stationne.

Le 12 au matin. — Il n'y a pas de progression. Le col reste mince. Une injection d'hypophyse n'a aucun effet. Les battements faiblissent. On décide de terminer après dilatation manuelle préalable, par une application de forceps.

Extraction faite d'un garçon de 2.700 grammes en mort apparente, vite ranimé.

L'utérus reste gros, nettement cordiforme, sa corne gauche se prolongeant par une masse indépendante qu'on croit être le kyste. Après un moment d'indécision provoquée parce que l'attention était exclusivement portée vers le kyste, on reconnaît l'existence d'un second teuf, qui avait été méconnu jusque là, et qui est hydramniotique. On rompt les membranes, et un second fœtus, un garçon, est extrait en présentation du siège; il pèse 1.500 grammes. On termine par une délivrance artificielle qui fait reconnaître l'existence d'un utérus bicorne, bien caractérisé. Il s'agissait d'une grossesse double, bi-ovulaire.

Les suites sont normales. Les enfants sont nourris par leur mère. Il n'y a aucune réaction abdominale dans le post-partum immédiat. Le palper abdominal ne permet pas de trouver le kyste.

Le 27 mai, au toucher, on reconnaît que l'utérus est en rétroversion et que le kyste vient, disposé au devant de lui dans le cul-dé-sac vésico-utérin.

On diffère l'intervention, car la malade nourrit ses enfants avec succès.

Les règles réapparaissent avec des douleurs. La malade se plaint de douleurs abdominales et pelviennes. Elle a du tenesme vesical et rectal.

En septembre 1920, elle souffre d'une crise abdominale douloureuse, qui nécessite l'emploi de la glace.

On décide l'intervention, le 13 novembre 1920 (professeur G. Michel). On trouve un kyste ovarique gauche, comme une tête fœtale, uniloculaire, à parois épaissies, adhérent à la paroi antérieure de l'utérus, à la paroi abdominale et à l'épiploon. Le pédicule en est tordu plusieurs fois sur lui-même. Le contenu est fait de sérosité et de caillots stratifiés. Suites normales.

Résumé : Utérus bicorne. Crises douloureuses au début de la

grossesse. Phénomènes de compression : œdèmes des membres inférieurs, circulation collatérale. Sous l'influence des contractions et de la rupture précoce des membranes, la tête s'engage et le kyste est devenu inaccessible. Accouchement au forceps. L'utérus ne descend pas et on constate un autre œuf. On rompt les membranes et on extrait l'enfant en présentation du siège. Délivrance artificielle à cause de malformation utérine. Intervention deux mois plus tard ; il s'agit d'un kyste, de volume d'une tête fœtale, adhérant à la paroi utérine, à la paroi abdominale et à l'épiploon. Pédicule tordu plusieurs fois.

OBSERVATION IV (M. Fruhinsholz), 1921.

III pare, ayant souffert de vomissements incoercibles à sa première grossesse.

Accouchée la dernière fois il y a treize mois. Tout s'est bien passé. Elle a allaité avec succès. Elle a des règles régulières et indolores. N'a jamais souffert du ventre.

Dernières règles, le 5 octobre 1920. Elle ne présente aucun trouble subjectif. Elle consulte un médecin pour s'assurer que tout est normal. Ce médecin constate l'existence d'une tumeur juxta-utérine et pense à un kyste ovarique. Un examen confirmatif montre un utérus gravide de deux mois antéfléchi, déjeté à gauche et flanqué à droite et assez haut d'une tumeur grosse comme une orange, mobile, bosselée, manifestement kystique, sensible à la pression.

Intervention le 17 février 1921, par M. le professeur G. Michel. Le kyste paraît avoir rapidement augmenté de volume depuis le dernier examen. On pratique l'ablation simple, sans toucher à l'utérus. On morphinise la malade. Tout paraît aller bien quand, le quatorzième jour après l'opération, un écoulement du sang apparaît. Un avortement s'ensuit sans incident. Ultérieurement, les règles réapparaissent, fortes, et pénibles.

Résumé : Kyste ovarique découvert par hasard. Ovariectomie au cours du deuxième mois. Avortement quatorze jours après l'intervention.

OBSERVATION V (Clinique obstétricale, n° 205), 1917.

II pare, âgée de 23 ans. Régulée à 11 ans. Toujours bien réglée. Première grossesse à 22 ans, à terme, accouchement au forceps. Suites de couches légèrement fébriles. Enfant nourri au biberon. Bien portant.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles du 25 au 30 août. Dans la nuit du 13 au 14 janvier, la femme est prise d'une douleur iliaque gauche. Malaise général, vomissements projetés. Une opération est pratiquée immédiatement. On trouve un kyste de l'ovaire gauche, qu'on enlève. Les suites opératoires sont bonnes. Le 3 février, la femme sort de l'hôpital; à partir de ce moment, les phénomènes sympathiques s'atténuent.

Le 22 avril, la femme perd des glaires sanguinolentes et ressent quelques douleurs dans le bas-ventre.

Le 24 avril, rupture de la poche des eaux, les contractions se succèdent. Expulsion du fœtus macéré, mal odorant, du poids de 120 grammes. Placenta, 140 grammes.

Résumé : Kyste de l'ovaire gauche. Ovariectomie. Grossesse arrêtée dans son évolution. L'avortement s'effectue trois mois plus tard.

OBSERVATION VI (Clinique obstétricale, n° 553), 1920.

II pare, âgée de 23 ans. Régulée à 14 ans; ses règles ont toujours été régulières, assez abondantes, indolores durant quatre à cinq mois.

Sans antécédent pathologique.

Première grossesse en 1914. Grossesse normale, accouchement spontané, à terme avec présentation du sommet. Enfant élevé au biberon. Actuellement bien portant. Suites normales.

Deuxième grossesse actuelle. En octobre 1919, la femme se remarie. Environ six semaines après, elle ressent tout d'un coup un violent point de côté au niveau de la fosse iliaque droite. La femme s'alite, fait venir un médecin, qui pense à la possibilité d'une crise appendiculaire et dirige la malade sur l'hôpital. Là, la femme est mise à la diète lactée; quelques jours après, elle est renvoyée chez elle, et le diagnostic de sortie aurait été : grossesse de six semaines. Cependant la femme avait eu ses règles normales à la fin d'octobre et à la fin de novembre, pendant son séjour même à l'hôpital.

Elle rentre chez elle, reprend son travail et se trouve bien portante jusqu'au 2 janvier. Ce jour-là elle est obligée de s'aliter pour une crise analogue à celle de novembre, l'ayant surprise ainsi brusquement et se manifestant avec la même intensité. Elle est alors soignée avec des applications de glace pendant trois semaines et des pilules d'opium pendant trois jours.

Puis son état général redevient bon et elle ne remarque plus rien d'anormal jusqu'au 4 mai, jour où la femme attendait le retour de ses règles. Les règles ne reviennent pas, alors que jusque-là la femme était réglée très régulièrement.

Quinze jours après, elle consulte un médecin pour savoir si elle est enceinte. Celui-ci lui dit, après l'avoir examinée, qu'elle est enceinte de six semaines ou porteuse d'un kyste de l'ovaire.

Un mois plus tard, elle consulte un chirurgien qui établit deux hypothèses :

- 1° Possibilité d'un kyste de l'ovaire;
- 2° Possibilité d'une grossesse de deux mois.

Elle entre alors, le 2 juillet, à la Maternité, où l'examen révèle la constatation suivante :

Palpation : On sent une masse dure, du volume d'une grosse orange. Cette masse est déjetée à droite.

Toucher : Le col est basculé en avant, immédiatement plaqué sous la symphyse. On sent une masse volumineuse et bosselée, dans le cul-de-sac postérieur. On perd le corps de l'utérus.

On pense alors à deux hypothèses :

1^o Kyste ovarique bilobé ou kyste bilatéral; une torsion du pédicule ;

2^o Kyste ovarique droit, avec utérus gravide rétroversé.

On se décide à intervenir et, le 7 juillet, l'opération a lieu dans le service du professeur Weiss. On trouve alors l'utérus gravide et, à droite, un kyste de l'ovaire, tordu, présentant à l'intérieur une hémorragie intrakystique. Il y a quelques adhérences avec l'utérus. On libère l'utérus de ces adhérences et on enlève le kyste.

La grossesse continue normalement.

Résumé : Grossesse compliquée de kyste de l'ovaire droit. Torsion du pédicule du kyste ovarique. Hémorragie intrakystique. Ovariectomie. Continuation de la grossesse.

OBSERVATION VII (Clinique obstétricale, n° 462), 1919.

M^{me} X..., 1^{re} pare, âgée de 33 ans. Régliée à 13 ans. Règles dès le début très abondantes durant quatre ou cinq jours.

Les dernières règles n'auraient duré qu'une nuit, le 3 juin. Les règles précédentes sont marquées, elles aussi, par leur peu de durée et d'abondance.

Vers le 3 juin, la femme a eu une douleur violente, qui a duré deux à trois jours. Le 8 septembre, nouvelle douleur semblable à la précédente, mais plus accentuée. Les douleurs sont irradiées vers l'hypocondre gauche. Il y a troubles du côté du rectum, tension, tenesme.

Au niveau de la paroi abdominale, contractions musculaires. Hauteur utérine à l'ombilic.

Au toucher, on constate une tumeur grosse, bosselée dans le cul-de-sac de Douglas. Le col est plaqué contre la symphyse, le segment inférieur est épaissi. Dans le cul-de-sac droit, on trouve une masse qu'on croit être un fibrome.

On porte le diagnostic d'hématocèle et on pense à la possibilité d'une grossesse normale dans un utérus fibromateux. Le 21 septembre, on décide d'intervenir pour nettoyer le cul-de-sac de Douglas.

On trouve un hématocèle considérable, dû à la rupture de la paroi tubaire, de la trompe gauche. À droite, un kyste de l'ovaire qui surplombe l'utérus, qui est couché en travers du cul-de-sac latéral droit. Il s'agit d'un kyste dermoïde, du volume d'une petite tête fœtale. On fait l'ablation du kyste, on évacue les caillots et on extirpe la trompe gauche qui était adhérente dans le cul-de-sac de Douglas.

Les suites opératoires sont bonnes. La grossesse a continué à évoluer.

Résumé: Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Ovariectomie au cours du quatrième mois. La grossesse a évolué.

OBSERVATION VIII (Clinique obstétricale), 1921.

II pare. Réglée à 13 ans, règles non douloureuses, régulières durant cinq jours.

Première grossesse en 1920. Accouchement spontané. Délivrance artificielle à cause de l'hémorragie abondante. Les suites de couches sont accidentées par une phlébite durant deux mois.

Dernière grossesse actuelle. Dernières règles du 11 au 16 août. La femme prétend avoir eu toujours un gros ventre; mais, il

Y a trois mois, elle s'est aperçue que son ventre est devenu plus gros, et comme ses règles ne sont plus venues à partir du mois d'août, elle se croit enceinte. Cependant, la femme n'accuse pas d'autres symptômes de grossesse.

À la palpation, on sent une tumeur qui remonte trois à un travers des doigts au-dessus de l'ombilic. La tumeur est consistante et régulière. Au toucher, le col est ramolli, porté en avant; le corps de l'utérus est rétroversé et dévié à droite. L'utérus paraît augmenté de volume, mais on ne peut pas bien le délimiter. Dans le cul-de-sac antérieur, la tumeur fait saillie, tandis que les culs-de-sac latéraux sont vides.

On ne peut pas diagnostiquer exactement s'il y a grossesse, car on n'arrive pas à délimiter l'utérus; quant à la tumeur, M. le professeur Fruhinsholz porte le diagnostic ferme du kyste de l'ovaire gauche.

Le 27 octobre, un nouvel examen est pratiqué, et on trouve, au toucher, que l'utérus qui était en rétroversion s'est nettement redressé, et on le délimite facilement. Il correspond bien à un utérus gravide de deux mois. On porte donc le diagnostic de grossesse compliquée d'un kyste de l'ovaire.

Le 28 octobre, on intervient. Aussitôt que l'incision est faite, on aperçoit le kyste qui est volumineux. On lie le pédicule et on fait l'ablation du kyste. C'est un kyste uniloculaire à contenu liquide qui pèse 2.940 grammes. Le kyste est enlevé facilement, car il n'y avait aucune adhérence. L'ovaire droit est également touché; on trouve un kyste d'un volume d'une noix, dont on sectionne les parois pour l'empêcher d'évoluer.

Le diagnostic de la grossesse s'affirme, l'utérus est volumineux et remonte à un travers de doigt au-dessus du pubis. On suture bien la paroi et on fait injection de 3 centigrammes de morphine.

On continue de donner de la morphine pendant dix jours. La femme a un état général bon.

Résumé: Kyste de l'ovaire gauche, l'ovaire droit touché.

aussi. Ovariectomie au cours du deuxième mois. La grossesse évolue.

OBSERVATION IX, 1921

(due à l'obligeance de M. le Dr Wermellin,
chef de Clinique d'obstétrique).

M^{me} P..., âgée de 38 ans; cultivatrice.

Cette malade, qui avait travaillé toute la journée du 24 septembre, est prise, dans la nuit du 24 au 25, vers trois heures du matin, d'une douleur abdominale à prééminence dans le côté gauche, allant croissant progressivement et qui la réveille par son intensité.

Dès le 25 septembre, elle présente des vomissements bilieux qui vont en s'accroissant le 26. Dès le début des accidents, elle n'émet ni gaz, ni matières. Des lavements journaliers répétés restent sans résultat. Le 27, l'état est le même, toujours ni gaz, ni matières, et le ballonnement du ventre s'accroît.

Elle entre à l'hôpital le 28. Elle présente un ventre très distendu par les gaz, à travers lequel on perçoit un utérus répondant effectivement à sept mois et demi de grossesse. C'est la seconde fois que cette malade se trouve enceinte, et cette dernière grossesse a été caractérisée, dès le début, par ses caractères douloureux. Cette femme présente un état douloureux permanent de tout le ventre avec exagération. Depuis la veille, elle n'a pas eu de nouveaux vomissements. Le faciès est bon, le pouls à 120, la température à 38°. Les urines sont couleur acajou, bien que la malade ne fût pas ictérique; les urines donnent à l'acide azotique un anneau brunâtre.

Au toucher, c'est un col mou, reporté en avant. En arrière, dans le Douglas et un peu à gauche, on sent une masse dure. Au toucher rectal, aucun obstacle n'est rencontré.

Le 29 au matin, en raison de la persistance des douleurs, de

la reprise des vomissements, on décide d'intervenir. Le diagnostic est l'obstruction intestinale de cause indéterminée.

L'intervention eut lieu par M. le professeur Chaton, assisté du docteur Saint-Martin. Elle consiste en laparatomie sus et sous-ombilicale. A leur grande surprise, le ventre est rempli de sang noirâtre. Pensant qu'ils sont en présence d'une pancréatite hémorragique, ils explorent rapidement — mais sans résultat. Le maximum de caillots se trouvant dans le bas-ventre leur fait diriger leurs recherches de ce côté. Ils extériorisent avec douceur l'utérus gravide, sur un champ, sur la racine d'une des cuisses de la malade. Ils constatent alors dans le petit bassin, au milieu de caillots, l'existence d'une masse kystique à paroi noirâtre et du volume d'une tête d'enfant. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche, tordu sur son pédicule et prolabé dans le Douglas. A son niveau et au niveau de son pédicule se sont produits des troubles circulatoires intenses. Le pédicule est euchymotique, s'infiltre du sang, ainsi que le ligament large correspondant, et le long du ligament utéro-ovarien tuméfié, la séreuse est rompue transversalement par rapport à son axe et sur une étendue de deux centimètres. C'est par cette fissure que s'est sans nul doute produite l'hémorragie, qu'on a constaté à l'ouverture du ventre. On extériorise le kyste et on pratique l'ablation. On enlève avec soin tous les caillots. L'utérus est remis en place et la paroi suturée en un seul plan séro-musculo-aponévrotique au catgut à résorption lente, par points séparés les uns des autres d'un centimètre au maximum, la peau et le tissu cellulaire avec des crins et des agrafes. Pendant les trois jours consécutifs suivant l'opération, on pratique une injection biquotidienne de morphine.

Les suites opératoires furent des plus simples, et la malade quittait la clinique au vingtième jour.

Le 14 novembre, elle accouche normalement d'un enfant vivant et bien portant.

Résumé : Kyste de l'ovaire tordu au cours de la grossesse.

Hémorragie intra-abdominale. Ovariectomie au cours du huitième mois. Accouchement à terme d'un enfant bien portant.

OBSERVATION X (Clinique obstétricale, n° 234), 1909.

La pare, réglée à 16 ans, règles régulières, très abondantes, douloureuses dès le début et d'une durée de quinze jours.

Il y a deux ans, elle fut soignée pour kératite interstitielle. La femme n'avait aucun accident spécifique antérieur.

Dernières règles le 12 juin 1909; elles durèrent jusqu'au 25 juin. La grossesse a évolué sans accidents. Le 31 mars, lorsque la femme se présente à la consultation, l'utérus remonte au voisinage de l'appendice xiphoïde. La tête est au-dessus du détroit supérieur. Au toucher, le col est derrière la symphyse pelvienne. Dans le cul-de-sac de Douglas, on délimite une tumeur molle bosselée du volume du poing. Elle ne se laisse pas refouler.

Le 1^{er} avril, la femme est à terme. Elle a quelques douleurs qui deviennent de plus en plus fortes dans la soirée. A 9 heures du soir, la parturiente perd les eaux, le liquide amniotique est vert. Le col est effacé. La tumeur est dans un état de plus grande tension. On essaie de la refouler par le doigt, mais on n'y arrive pas.

Le 2 avril, à 4 h. 1/2 du matin, on constate que l'accouchement spontané est impossible; on décide de faire une intervention par voie haute. On fait l'opération immédiatement.

Après l'ouverture de l'abdomen, on cherche la tumeur, mais l'utérus, par son volume, rend cette manœuvre difficile. On fait alors la césarienne. L'enfant est en état de mort apparente; il est ranimé au bout de quelques minutes. C'est un garçon du poids de 2.900 grammes.

La césarienne faite, on recherche la tumeur qui fut la cause de la dystocie. On trouve, dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur du volume du poing, de consistance assez ferme. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire, enclavé dans le cul-de-sac de Douglas. Après l'ouverture du kyste, il s'écoule un liquide sébacé, jaune; à son intérieur, on trouve une touffe de cheveux et des débris de dents — c'est donc un kyste dermoïde.

Suites opératoires bonnes.

Résumé: Kyste dermoïde de l'ovaire gauche enclavé dans le cul-de-sac gauche. Intervention au début du travail. On ne peut pas arriver de suite à la tumeur; c'est pourquoi on fait d'abord la césarienne, puis après l'ablation du kyste.

OBSERVATION XI (Clinique obstétricale), 1921.

I paré, âgée de 28 ans. Sans antécédents pathologiques. Réglée à 17 ans, règles indolores, régulières, abondantes, durant huit jours. Dernières règles du 27 septembre au 2 octobre.

A l'examen, pratiqué le 28 juin, on trouve dans l'excavation une masse régulière occupant la concavité sacrée et se prolongeant dans le cul-de-sac latéral gauche. Le col est porté en avant, plaqué contre la symphyse. A travers le segment inférieur, on sent la tête fœtale.

Le diagnostic se débat entre un fibrome et un kyste. On pense plutôt à un kyste.

Etant donné la proximité du terme, on engage la femme à entrer à la Maternité, et l'on décide d'intervenir dès l'apparition des premières douleurs.

Le 30 juin, les douleurs apparaissent, revenant très régulièrement et de peu d'intensité. Au toucher, le col est en voie d'effacement. Le kyste s'enfonce au devant de la tête fœtale.

Le 1^{er} juillet, on décide d'intervenir. Après l'ouverture de la paroi abdominale. M. le professeur Fruhinholz plonge la main en arrière de l'utérus pour se rendre compte des rapports du kyste avec l'excavation et l'utérus. Le kyste est mobile et facilement ramené dans l'abdomen. C'est un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, avec un long pédicule. On remet l'utérus en place pour laisser à la femme la possibilité d'un accouchement par la voie naturelle.

On fait également une suture soigneuse de la paroi. L'auscultation du fœtus décèle des battements ralentis et lointains qui redeviennent normaux quelques instants après.

A 11 h. 20, la femme a des envies de pousser. On ausculte et on constate que les battements fœtaux sont ralentis.

Au toucher, la dilatation complète, la poche des eaux est intacte; on rompt la poche des eaux, le liquide est clair. On applique le forceps. A 11 h. 35, le fœtus est extrait. Cette extraction est suivie d'un écoulement du sang assez abondant, et on constate immédiatement après que le placenta se présente à la vulve. On l'extrait aussitôt.

L'impression de M. le professeur Fruhinholz est qu'il y a eu décollement précoce du placenta, décollement pendant l'expulsion du fœtus.

L'enfant naît étonné et cyanosé. Toutes tentatives pour ranimer l'enfant restent sans succès.

Les suites opératoires restent bonnes.

Résumé : Kyste de l'ovaire gauche, enclavé dans l'excavation qui se laisse facilement amener dans l'abdomen, car il possède un pédicule long. Ovariectomie au cours du travail. Accouchement par voie naturelle. Application de forceps. Enfant mort quelques minutes après. Mort due probablement au décollement précoce du placenta.

OBSERVATION XII (M. Fruhinsholz)

M^{me} X..., 25 ans environ. A accouché une première fois normalement. Crise douloureuse dans le post-partum. Depuis cette première grossesse les règles sont plus rares et plus irrégulières, mais indolores.

Au début de la deuxième grossesse, on perçoit, vers le deuxième mois, l'existence dans le cul-de-sac latéral droit d'une tumeur remittente, grosse comme un œuf de poule, et qu'on croit être un petit fibrome pédiculé, d'autant plus que la paroi utérine présente, en un point, un épaississement sessile qui semble être de même nature.

On laisse la grossesse évoluer. L'accouchement se fait spontanément. Le post-partum est marqué par une crise abdominale douloureuse.

Les règles se rétablissent affaiblies, avec les caractères mentionnés ci-dessus. Une nouvelle grossesse survient trois ans après la précédente. Elle évolue normalement sans souffrance. Dans le post-partum surviennent une série de crises douloureuses, avec vomissements et sensations de torsion abdominale. La malade décide de se faire opérer. On trouve un kyste ovarique droit, gros comme le poing.

Résumé: Trois accouchements spontanés successivement chez une femme qui est porteuse d'un kyste de l'ovaire. Les post-partum sont marqués par des crises douloureuses.

OBSERVATION XIII (M. Fruhinsholz), 1920.

III pare, âgée de 31 ans, toujours normalement réglée. Mariée à 27 ans.

Première grossesse à 28 ans. Evolution normale. Accouchement normal. Les suites, toutefois, en sont accidentées (fièvre et douleurs abdominales le huitième jour). On aurait reconnu à cette occasion l'existence d'un fibrome.

Deuxième grossesse à 29 ans. Tout se passe normalement.

Troisième grossesse. Dernières règles en mars 1920. Le début se passe sans incident. A six mois de grossesse, on trouve à l'examen, indépendamment des symptômes habituels d'une grossesse absolument normale, à gauche dans l'abdomen, au-dessus du pli de l'aîne et parallèlement à lui, une masse allongée, fusiforme, mollassse, du volume d'une grosse mandarine. Cette masse se perçoit aussi au toucher bimanuel. Celui-ci permet de reconnaître, par surcroît, l'existence d'une masse de même volume, rétro et sous-symphysaire, enclavée entre l'utérus et la symphyse, bosselée, très molle, fluctuante, éveillant tout d'abord l'idée d'un kyste. Le diagnostic hésite toutefois en raison de la présence d'une double tumeur entre l'hypothèse de kystes aberrants et celle de petits fibromes, ramollis par la grossesse et développés dans l'atmosphère cellulaire du segment inférieur. On décide d'attendre.

Sous l'influence de l'expectation, on constate qu'à un moment donné le kyste rétro-symphysaire se luxe et glisse vers le haut. Dès lors l'aire du détroit supérieur est complètement libérée. Le fœtus s'engage normalement. Les deux tumeurs restent bloquées au devant et au-dessus de l'aîne gauche.

L'accouchement, la délivrance et les suites de couches se prennent sans incident. La parturiente nourrit son enfant deux mois. Les règles réapparaissent normalement.

Le 11 avril 1924, on constate que l'utérus est dévié vers la droite. Il est flanqué à gauche de deux tumeurs qui se trouvent dans le prolongement l'une de l'autre : l'une attenante à l'utérus, très molle, bosselée et légèrement aplatie, l'autre plus externe, plus sphérique et plus dure. On envisage l'hypothèse de kystes parovariens ou même de kystes hydatiques.

Le 12 avril, intervention par M. le professeur Michel, qui fait reconnaître l'existence d'un kyste parovarien développé dans le ligament large gauche et d'un kyste ovarique proprement dit pédiculé et libre d'adhérences, développé du même côté et plus en dehors. Extirpation simple. Suites normales.

Résumé : Kyste ovarique et parovarien à localisation insolite au cours de la grossesse. Accouchement spontané. Opération tardive.

OBSERVATION XIV (Clinique obstétricale n° 888), 1912.

I paré, 42 ans. La femme présente un léger goître depuis l'âge de 18 ans. Réglée à 18 ans. La femme prétend avoir un gros ventre depuis 20 ans.

Dernières règles fin décembre. Il n'y a aucune modification du goître pendant la grossesse.

Le 15 octobre, la femme entre à la Maternité. A l'examen général, on constate une modification nette de la respiration; celle-ci est courte, saccadée. Le ventre est considérablement augmenté de volume, il est très étalé et déjeté vers la droite. La femme se tient à peine debout. Léger œdème des membres inférieurs. On délimite deux tumeurs; à droite, la tumeur a une hauteur de 56 centimètres au-dessus de la symphyse. On obtient très faiblement la sensation de flot. On porte le diagnostic de cette tumeur: kyste de l'ovaire. L'autre tumeur est légèrement rejetée à gauche, sa hauteur est de 37 centimètres.

Le 7 novembre, la femme a toujours une respiration un peu difficile. Elle a une rupture des membranes prématurée à 5 heures du matin. A partir de ce moment, elle a quelques douleurs. Le travail reste lent, les douleurs sont très espacées.

Le 8 novembre, la dilatation du col est de cinq fois. Le 10 novembre, léger œdème du col qui est dilaté comme une paume de main. Le 11 novembre, l'état général est bon, le col est complètement dilaté. L'auscultation décèle les battements fœtaux sourds. Application de forceps; l'intervention a duré vingt-cinq minutes. Il s'agit d'un garçon de 3.900 grammes qui est en état de mort apparente. Après quelques tentatives de révulsion, l'enfant fait quelques mouvements respiratoires, mais finit par succomber quelques heures plus tard. L'état de la mère est satisfaisant.

Résumé : Kyste de l'ovaire droit. Phénomènes de compressions. Accouchement à terme. Accouchement artificiel. Mort de l'enfant.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes de l'ovaire abdominaux sont des tumeurs qui compliquent surtout la grossesse et le post-partum, et sont ordinairement bien tolérés pendant l'accouchement. Tandis que les kystes pelviens sont, au contraire, mieux tolérés pendant la grossesse et ne deviennent dangereux qu'au cours du travail.

II. — La grossesse favorise la production des accidents du côté du kyste. Mais ces accidents se rencontrent de plus en plus rarement, depuis qu'on opère le kyste aussitôt diagnostiqué. Si, à n'importe quel moment de la grossesse, une complication survient, il n'y a qu'une seule conduite à tenir : c'est l'intervention par voie haute.

III. — Si le diagnostic est posé dans les premiers mois de la gestation, l'ovariotomie s'impose. Une fois le cinquième mois passé, on mettra la femme en surveillance médicale.

Mais, dans les cas où l'on doit intervenir plus tard, il faut tirer le moins possible l'utérus, pour éviter les contractions utérines. Après l'opération, les injections de morphine seront pratiquées systématiquement pendant quelques jours.

IV. — L'accouchement provoqué, la ponction, l'incision,

sont des traitements palliatifs qui n'enlèvent pas le mal et qui favorisent les accidents.

V. — Au cours du travail, le refoulement peut être tenté; mais, s'il y a la moindre difficulté, il faut l'abandonner et recourir à l'opération de choix qui est l'ovariotomie abdominale.

On doit toujours essayer de faire l'ablation du kyste, sans faire préalablement la césarienne. Lorsqu'on n'arrive pas facilement au kyste et lorsqu'il y a la moindre souffrance fœtale, on pratiquera d'abord la césarienne.

VI. — Durant le post-partum, il vaut mieux ne rien faire et attendre que la femme ait repris ses forces; on enlèvera le kyste seulement plus tard.

Vu :

Nancy, le 16 janvier 1922.

Le Président de la Thèse :

FRUHINSCHOLZ.

Vu :

Nancy, le 18 janvier 1922.

Le Doyen :

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 19 janvier 1922.

Le Recteur de l'Académie :

CH. ADAM.

MEMBRE DE L'INSTITUT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUDEBERT. — *De l'ovariotomie pendant la grossesse* (C. R. Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, 1904, VI, p. 213-245).
- BAR. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1903, p. 253.
- BARNES. — *Archives de Tocologie*, 1879.
- BOISSARD et COUDERT. — *Dystocie par tumeur solide de l'ovaire* (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1903, p. 427).
- BOSSARD. — *Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire pendant la grossesse*. Thèse de Toulouse, 1895-96.
- BOSSI. — *Sur les kystes ovariens comme cause de troubles de la grossesse et de l'accouchement* (*La Gynécologie*, 1900, v, p. 513-520).
- BUÉ. — *Torsion d'un kyste de l'ovaire* (*Annales de la Soc. d'Obst. de France*, 1905, p. 337-339).
- CABANES. — *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire*. Thèse de Montpellier, 1913-14.
- CHEVILLOTTE. — *Contribution à l'étude de la rupture spontanée des tumeurs liquides de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1906-07.
- COCARD. — *Le traitement des kystes pendant la grossesse et les suites de couches. Leur valeur relative*. Thèse de Paris, 1895-96.

- CONDAMIN. — *Kystes de l'ovaire et grossesse* (*Bull. Soc. de Chirurgie de Lyon*, 1900-01, iv, p. 8-13).
- COUDERT. — *Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1903-04.
- DRAVET. — *Kystes dermoïdes de l'ovaire compliquant la grossesse*. Thèse de Montpellier, 1900-01.
- DSIRNE. — *Die ovariectomie in der Schwangerschaft* (*Archiv von Gynaek*, 1892, XLII, p. 445-456).
- DUJARDIN. — *Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire dans l'état puerpéral*. Thèse de Lille, 1896-97.
- EUDES. — *Essai sur les rapports qui existent entre le kyste de l'ovaire et la menstruation*. Thèse de Paris, 1906-07.
- FINAZ. — *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire*. Thèse de Lyon, 1897-98.
- GARASSIK. — *Volumineux kystes hématiques des ovaires à symptomatologie de grossesse ectopique*. Thèse de Montpellier, 1915-16.
- GESSEN. — *Rupture intra-péritonéale des kystes de l'ovaire*. Thèse de Bordeaux, 1908-09.
- GROSS. — *Ovariectomie double pour kystes ovariens bilatéraux à la fin du quatrième mois de la grossesse* (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris 1918-19, p. 464-473).
- HUREL. — *Kyste de l'ovaire et grossesse. Quand et comment faut-il intervenir?* Thèse de Lyon, 1899-1900.
- JALABAR. — *Kystes pelviens de l'ovaire et accouchement*. Thèse de Paris, 1898-99.
- JACKEMAIRE. — *Des adhérences secondaires inflammatoires dans les kystes de l'ovaire*. Thèse de Lille, 1904-05.
- KALYANVALA. — *A case of spontaneous rupture of an ovarian cyst* (*Lancet*, 1919, p. 423).

KOEBERLÉ. — *Gazette des Hôpitaux*, 1868.

KRATZOWSKY. — *Des kystes hématiques de l'ovaire*. Thèse de Montpellier, 1913-14.

LAWSTON TAIT. — *Traité des maladies des ovaires*, 1886 (Traduction).

LEPAGE. — *Revue pratique d'Obst. et de Pæd.*, 1904, xvii, p. 253.

— *De la ponction vaginale dans le traitement des kystes de l'ovaire prævia au cours du travail* (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1912, ix, p. 283-289).

MC KERRON. — *Pregnancy and labour, complicated by ovarian tumours* (*Lancet*, 1901, p. 237).

MORESTIN. — *Torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse* (*Bull. et Mém. Soc. anatomique de Paris*, 1902, p. 770-775).

— *Rupture d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse, hémorragie interne extrêmement grave* (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1907, p. 896-900).

MANGIN. — *La Gynécologie*, 1895.

MASSART. — *Tumeurs de l'ovaire et grossesse* (*Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1900, p. 176-178).

MASMOUTEIL. — *Torsion d'un kyste de l'ovaire gauche associé à une torsion utérine* (*Bull. et Mém. Soc. anatom. de Paris*, 1919, p. 351-353).

MORSE. — *Case of labour obstructed by a tumour* (*Lancet*, 1920).

OUI. — *Revue pratique d'Obst. et de Pæd.*, 1911, p. 289-295.

OLSHAUSEN. — *Die krankheiten des ovarien*.

PINARD et SEGOND. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gynéc. et Pæd.*, 1900, p. 75 et 200.

PINARD et PAQUY. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gynéc. et Pœd.*, 1901.

POZZI. — *Traité de Gynécologie.*

PERRUCHE. — *Contribution à l'étude de la rupture spontanée des kystes de l'ovaire.* Thèse de Montpellier, 1907-08.

PALMARO. — *Des suppurations des kystes de l'ovaire.* Thèse de Montpellier, 1904-05.

PÉAN. — *Gazette médicale de Paris*, 1880.

POTHERAT. — *Deux kystes dermoïdes de l'ovaire chez la même malade* (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1919, p. 1448).

PLAGNIOL. — *Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires à symptomatologie hémorragique.* Thèse de Montpellier, 1915-16.

PUECH et VANVERTS. — *C. R. Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pœd.*, 1913.

REMY. — *De la grossesse compliquée de kyste ovarique.* Thèse d'agrégation Paris, 1886.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique.*

SAUVAGE. — *A propos de l'ablation des kystes ovariens prœvia pendant le travail* (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1912, p. 290-294).

SCHWAB. — *Dystocie par kyste dermoïde de l'ovaire occupant l'excavation pelvienne* (*Soc. de Chir. de Paris*, 1912).

SCHRÖEDER. — *Accouchements* (Traduction).

Maladies des organes génitaux de la femme (Traduction), 1885.

SEGOND. — *C. R. Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pœd. de Paris*, 1900, p. 99.

SAVARIAND. — *Kyste dermoïde para-ovarian inclus dans le ligament large ayant fait obstacle à l'accouchement.*

- Opération conservatrice* (Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1919, p. 1281).
- SPENCER (H.-R.). — *Tumours complicating pregnancy labour and the puerperium* (Lancet, 1920, p. 411-418).
- SUTTON. — *The surgery of pregnancy and labour complicated with tumours* (Lancet, 1901, p. 382-386).
- TARDIF. — *Des complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse*. Thèse de Paris, 1905-06.
- TEISSIER. — *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des tumeurs kystiques pendant la puerpéralité*. Thèse de Paris, 1901-02.
- TREUB. — *Annales Soc. Obst. de France*, 1908, p. 226-230.
- VINAY. — *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, Paris 1894, p. 172-194.
- WELLS. — *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus* (Traduction). 1883.



